Le Progrès Médical

1901

PREMIER SEMESTRE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BECK (C.). — Errors caused by the false interpretation of the Röntgen rays, and their medico-legal aspects. Brochure in-18 de 16 pages, avec 3 figures. — New-York, 1900. — *The medical record.*

BECK (C.). — On the treatment of metacarpal fracture. Brochure in-8 de 7 pages, avec 4 figures. — New-York, 1900. — *New-York Medical Journal.*

BECK (C.). — On a new method of operation for exstrophy of the bladder. Brochure in-8 de 5 pages. — New-York, 1900. — *New-York Medical Journal.*

BECK (C.) — Ueber Irrtümer der Röntgographie Brochure in-8 de 11 pages. Berlin, 1900. — Verlag von E. Grosser.

BECK (C.) — Die bedeutung und Behandlung der Kniescheibenbruche in moderner Beleuchtung. Brochure in-8 de 8 pages. —New-York, 1900. — *New-Yorker Medicinische Monatsschrift.*

BEEK (C.). — Ueber die moderne Behandlung von Frakturen. Brochure in 8 de 11 pages, avec 4 figures. — New-York, 1900. — *New-Yorker Medicinische Monatsschrift.*

BECK (C.). — Contribution to the therapy of encephalocele. Brochure in-8 de 10 pages, avec 10 figures. — New-York, 1900. — *International Medical Magazine.*

BECK (C.). — Repairing the abdominal wall in ventral hernia a new operation. In-8° de 5 pages, avec 3 figures. New-York, 1900. *The Medical news.*

BECK (C.). — Allgemeines über den Kropf und seine Behandlung In-8° de 8 pages, avec 2 figures New-York, 1900. *New-Yorker Medicinische Monatsschrift.*

BECK (C.). — A New Method of colpoplasty in a case of entire absence of the vagina. In-8° de 3 pages, avec une planche hors texte. New-York, 1900. *Annals of Surgery.*

BIFFI (S.). — In memoria di ricordo affettione reverente dei fratelli Dott. Antonio e Ambrogio e del nipote Dott. A. de Vincenti.

BRÉMOND (F.). — Les maladies de Paris. In-32 de 253 pages. Paris, 1900. Librairie Ed. Royer.

BRÉMOND (F.) — Rabelais, médecin. In-8° de 11 pages. Paris, 1900. Chez l'auteur.

BROUSSAIS. — Propositions de médecine. In-18 de 179 pages. Prix : 2 fr. — Paris, librairie Blanchard, 10, rue de la Sorbonne.

CANTANI (A.). — Contributo alla casuistica delle psicosi uremiche. Brochure in-8 de 12 pages. — Milan, 1900. — Librairie F. Vallardi.

CANTANI (A.). — Sul reporto battoriologico nell' influenza. Brochure in-8 de 12 pages. — Palerme, 1900. — *Riforma medica.*

CANTANI (A.). — Sul valore delle imizione endocraniche nella tecnica e nelle diagnosi batteriologiche. In-8 de 24 pages. — Firenze, 1900. — Societa tipografico Fiorentina.

CANTANI (A.). — Sulle anchilosi della colonna vertebrale. Brochure in-8 de 32 pages. — Roma, 1900. — Societa editrice D. Alighieri.

CAPRIATI (V.). — Influenza della eletricita sullo sviluppo degli organismi animali. — Brochure in-8 de 7 pages. — Napoli, 1900. — Tipografiea R. Pesole.

CASTELLVI (J.-C.). — Estudio clinico-terapeutico de las fiebras eruptivas (vireulla, sarampion y escarlatina). Volume in 8 de XII-478 pages. — Madrid, 1900. — *Revista de medicina y cirugia practicas.*

CHAPMAN (Cl.-W.). — Heart diesase in childhood and youth, avec une introduction, par Wilks (S.). Volume in-18 cartonné de 104 pages, avec figures. — Prix : 4 fr. 35. — London, 1900. — Medical publise hing C°.

CONGRES TE UTRECHT (Verslag der Algemeene Zittingen van het Negende Internationale Oogheelkundig, août 1899). Brochure in-8 de 71 pages. — Amsterdam, 1899. — Van Rossen.

CUNNINGHAM. — The cause of death from industrial electric currents. Brochure in-8 de 36 pages, avec 5 figures. — New-York, 1899. — *New-York Medical Journal.*

DAGRON — Mobilisation précoce dans la phlébite. Brochure in-8 de 24 pages. — Clermont, 1900. — Imprimerie Daix frères.

DENIBO (G.). — Esquisse sur l'activité de la commission pour l'étude de l'alcoolisme (1898-1900), avec une préface du Dr Mijégorodtzeffe. In 8 de 103 pages. — Saint-Pétersbourg, 1900. — Imprimerie Soikine.

ENGELMANN (G.-J.). — The American girl of to-Day Modern education and functionnel haelth. In-8° de 45 pages, avec cinq planches.

FÈVRE (A.). — Du mariage des épileptiques. Volume in-8 de 98 pages. — Paris, 1899. — Librairie Jouve et Boyer.

FORCHHAMMER (G.). — Exposé des principes de l'articulation. Ecrit pour le Congrès international des sourds-muets à Paris, 1900. In-8 de 37 pages. Copenhague, 1900. — Imprimerie Thiele.

FORTY-FIRST Annual report of the General Board of Commissionners in Lunacy for Scotland. Volume in-8 de LXXIV-154 p. — Glasgow, 1899. — Printed for her Majesty's Stationery office.

FRANCOTTE (X). — Etude clinique sur le délire généralisé d'après 42 observations personnelles. Brochure in-8 de 26 pages. Gand, 1900. — Imprimerie Vander Haeghen.

FRITSCH (H.). — Die Krankheiten der Frauen für Aerzte und Studirende. Volume in-8 de XIV-650 pages, avec 271 figures. — Braunschweig, 1900. — Verlag von F. Wreden.

FUNCK (M.). — Manuel de bactériologie clinique. In-18 de 185 pages, avec 7 planches hors texte. Bruxelles, 1901. Librairie Lamartin.

GASTON (P.). — Hygiène sociale. Contribution à l'étude contre les causes de dégénérescence de l'espèce humaine et les maladies qui les provoquent (alcoolisme, cancer, syphilis, tuberculose). In 8° de 11 pages. Havre, 1980. Imprimerie du Commerce.

GATTI (T.-E.). — La ginnastica razionale senza attrezzi (Sistema svedese). Educazione fisica, Igiene, Terapia. Volume in-16, de 107 pages, avec 1 tableau hors texte. — Roma, 1899. — Tipografia Ditta L. Cecchini.

GRASSET (J.). — Conférence sur la supériorité intellectuelle et la névrose. Volume in-8 de 67 pages. — Montpellier, 1900. — Librairie Coulet et fils.

GRASSET (J.). — L'évolution médicale en France au XIXe siècle. Volume in 8 de 119 pages. — Montpellier, 1899. — C. Coulet.

GRIMM (F.). — Aerztliche Beobachtungen auf Yezo von 1887-1892. Ein Beitrag zur medizinischen Geographie Ostasiens. In-8° de 107 pages. avec 5 planches hors texte. Berlin, 1900. Chez l'auteur, 20, Linkstrasse.

GUISY (B.). — Publications diverses. Brochure in-8 de 17 pages. — Athènes, 1900. — Imprimerie Verghianitis

HAJECH (C.). — L'empième chez les enfants. In-4 de 28 pages. — Milan, 1899. — Tamburini et C°.

HANS KOEPPE — Physikalische Chemie in der medicin. Einführung in die Physilcawische chemie und ihre verhertung in der Medicin. Volume in-8 de V-170 pages. Prix : 4 fr. 50. — Wien, 1900. — A. Hölder.

HÔPITAL CIVIL DES ANGLAIS, A LIÈGE. — (Statistique des opérations pratiquées pendant les années 1896, 1897 et 1898 dans le service chirurgical de l'—). Brochure in-4 de 28 pages, avec 4 figures. — Liège, 1899. — Imprimerie, H. Poncelet.

ISLA STEWART and HERBERT E. CUFF. — PRACTICAL NURSING. Volume in-8 cartonné de 250 pages, avec 8 figures. — London, 1899. — W. Blackwood.

JONES (W.-S.) and KEEN. — Two unusual cases of surgery of the trachea. In-8 de 12 pages, avec 4 figures. — Philadelphia, 1899. — *Philadelphia medical Journal.*

KEEN (A.). — Bullet in the popliteal space. — A case of dilated esophages. Two cases showing the value of the X-Rays and at the same time that in the first case they were misteading In-8 de 14 pages, avec 6 figures. — Philadelphia, 1900. — *Philadelphia medical Journal.*

KEEN. — Surgical treatement of perforation of the bowel in typhoid fever In-8 de 12 pages. — Philadelphia, 1900. — Chez l'auteur.

KEEN. — A case of appendicitis in which the appendix became permanently soldered to the bladder, like a third ureter, producing a urinary fecal fistula. In-8 de 9 pages avec 4 figures. — Philadelphia, 1898. — *American surgical association.*

KEEN. — The ideal physician. In-8 de 8 pages. Philadelphia, 1900. — Chez l'auteur.

KELLER (Chr.). — De Kellerske Andssvage-Anstalter. Brochure in-8 de 30 pages, avec 4 figures. — Copenhague, 1900. — Bogtrykkeri Lind und Numa Fraenkel.

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

TRENTIÈME ANNÉE

3e SÉRIE. — TOME XIII : 1901 (Janvier-Juin)

Illustré de 40 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BARATOUX (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BOISSIER (F.), BONNAIRE (E.), BOUTEILLIER (G.), BURET, CARRIER, CHABBERT, CHARCOT (J.-B.), CHÉRON (H.), CORNET (P.), CORNILLON (J.), DEBOVE, DUPLAY, Mme EDWARDS-PILLIET, FERÉ (CH.), FIAUX, GILLES DE LA TOURETTE (G.), JEANNIN, JOSIAS (A.), JOFFROY, KERAVAL, KOENIG, KOUINDJY, LANDOUZY (L.), LONGUET, MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE (P.), MARTHA, MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MIRALLIÉ, MONOD (CH.), MUSGRAVE-CLAY (R. de), PAUL-BONCOUR (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PHISALIX, PIERRET, PITRES, PLICQUE, POULARD, POZZI, RAMOND, RANVIER, RAOULT (A.), RAYMOND (F.), RAYMOND (P.), REGNARD (P.), RÉGNIER (L.-R.), RELLAY, REVERDIN (de Genève), RICHER (P.), ROUBINOVITCH, ROUSSELET (A.), SCHWARTZ, SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SOLLIER, SOREL (R.), TEINTURIER (E.), TERRIER (F.), TILLAUX, TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), YVON (P.), ZABOROWSKI.

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MEMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Ardin-Delteil, Arthaud (G.), Belin (R.), Brunet, Cardamatis, Coudray, Couturier, Crouzon, Druelle, Hamon du Fougeray, Guépin, Guglielminetti, Johanessen, Kanellis, Laurens, Lebovici, Leudet, Maggiorani, Panas, Péchin, Picqué, Rapin, Sakorraphos, Salomon, Sersiron, Suarez de Mendoza, Verrier, Vidal (Edm.), Zalackas.

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

(Suite).

LUDWIG (C.). — Untersuchungen über das Hörvermogen der Taubstummen. In-8° de 16 pages. Marburg, 1900. Universitats-Buchdruckerer.

MORAX (J.). — Statistique médicale du Canton de Vaud, comprenant la climatologie, l'ethnologie, la démographie, les causes de décès, les épidémies, les institutions sanitaires, les établissements hospitaliers, la liste et la biographie des médecins du pays et du canton de Vaud. Volume in-4, de 191 pages, avec nombreux tracés et planches hors texte. — Lausanne, 1899. — Librairie F. Rouge.

OLIVIER (P.). — Le bégaiement dans la littérature médicale. Brochure in-8 de 27 pages. — Paris, 1899. — Extrait de *La Parole.*

PEUSER (J.). — Ramon Renadès (homenaje de gratitud). Volume in-8 de 152 pages.

PHILBERT (E.). — Des cours d'amaigrissement. Brochure in-8 de 8 pages. — Paris, 1900. — Librairie Asselin et Houzeau.

PLAIGNARD-FLAISSIÈRES (H.). — L'état mental dans le goitre exophtalmique. Volume in-8 de 115 pages. — Montpellier, 1899. — Imprimerie G. Firmin et Montane.

REBOUL (J.). — Essai sur la pathogénie du suicide. Brochure in-8 de 66 pages. — Bordeaux, 1900. — Imprimerie du Midi.

RECUEIL DES TRAVAUX DU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE ET DES ACTES OFFICIELS DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE. Tome XXVIII (année 1898). Volume in-8 de XX-502 pages. — Ministère de l'Intérieur, 1899.

REICHER (H.). — Der Kinderschutz und die Armen-Kinderpflege in Steiermark. Volume in 8 de X-204 pages. — Graz, 1900. — Herausgegeben von dem Landesverbande.

REPORT OF THE KENSINGTON HOSPITAL FOR WOMEN. Brochure in-8 de 26 pages, avec 6 planches hors texte. — Philadelphia, 1899. — Philadelphia : Kensington hospital for Women.

SAINT THOMAS'S HOSPITAL REPORTS. Volume XXVII. In-8 cartonné de 603 pages, avec figures et planches. — London, 1899. — J. et A. Churchill.

SAJOUS (Ch.-M.). — Annual and Analytical Cyclopaedia of Practical Medicine. Volume V. In-4 cartonné en deux parties formant ensemble 662 pages, avec figures. — Philadelphie, 1900. — Davis Company publishers.

SANCYOSHI. — On Kak'ke read before th. 13 th. international medical congressheld in Paris, august 1900. In-8 de 28 pages. — Tokio, 1900. — Printed by Kokubunsha.

SEAUX (M.). — Tabes et traumatisme. Brochure in-8 de 14 pages. — Bruxelles, 1900. — Imprimerie Severegns.

SCHRÖTTER (L). — Erkrankungen der Gefässe. 1 Halfte : Erkrankungen der Arterien. Volume in-8 de VIII-307 pages, avec 46 figures. — Wien., 1899. — A. Holder.

STATISTICS (The vital — of Massachusetts for 1897 with a life table). Brochure in-8 de 31 pages, avec tracés dans le texte. — State of Massachusets.

TATSUSABURO YABÉ. — Premier mémoire sur l'étude de l'immunité de la tuberculose. Brochure in-8 de 62 pages. — Paris, 1900. — Librairie Larose.

TATSUSABURO YABÉ. — Premier mémoire sur l'étude de l'immunité de la tuberculose. Volume in-8 de VIII-60 pages, avec une planche hors texte. — Paris, 1900. — Librairie L. Larose.

TEMESVARY (R.). — Volksbräuche und Aberglauben in der Geburtshilfe und der Pflege des Neugebornen in Ungarn. Vol. in-8 de VIII-148 pages, avec 16 figures. — Leipzig, 1900. — Librairie Grieben's.

THABUS (F.-A.). — Contributions à l'étude des salicylates de bismuth, de l'acide salicylique et de la diathèse urique. Volume in-8 de 128 pages. — Saint-Amand, 1899. — Imprimerie Bussière frères.

THOMSON (J.). — Case of a peculiar form of dwarfed growth. Brochure in-8 de 6 pages, avec une planche hors texte. — *The Scottisch Medical and Surgical Journal.*

TWENTY-SECOND REPORT ANNUAL OF THE PRESBYTERIAN CYE, EAR AND THROAD HOSPITAL CHARITY OF BALTIMORE. Brochure in-8 de 23 pages. — Baltimore, 1900. — Charity hospital.

VERHANDLUNGEN DES VEREINS fur innere Medicin zu Berlin. Herausgegeben von dem Vorstande des Vereins. — Jahrgang XIX, 1899-1900. Volume in-8 de XXXI-511 pages. — Berlin, 1900. — H. Melzer.

WARFVINGE (F.-W.). — Arsberättelse (den mittende o Tjugende) fran Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm for 1897-98. Volume in-8 de 325 pages, avec 14 figures. — Stokholm, 1899. — Isaa Marcus. Boktr. — Aktibolag.

WERLER (O.). — Ueber Periurethritis gonorrhoica. Brochure in-8 de 12 pages, avec 1 planche hors texte. — Leipzig, 1900. — Librairie F. Deuticke.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 1. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 5 JANVIER 1901.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

Le bandage abdominal dans le travail de l'accouchement ;

Par le Dr L. COUTURIER, de Trouville.

La mauvaise direction de l'utérus, dont l'axe ne correspond plus à celui de la partie supérieure du canal pelvi génital, est considérée par tous les accoucheurs, comme une des causes les plus fréquentes de dystocie. — Des diverses déviations utérines, la plus commune, au terme de la grossesse, est, sans contredit, l'antéversion. — Très accentuée, elle a préoccupé tous ceux qui ont écrit sur l'art des accouchements ; à un degré moindre, elle ne semble pas avoir attiré l'attention. — Et, cependant, il n'est certainement pas un accoucheur qui, voyant la dilatation du col et son effacement traîner en longueur, n'ait souhaité faire quelque chose pour hâter le travail retardé par un certain degré d'obliquité anormale du corps utérin. On essaie bien de ramener le col dans la bonne direction en l'accrochant d'un doigt, pendant que la main restée libre repousse le corps en arrière. Mais il nous a semblé que cette petite manœuvre, pour excellente qu'elle soit, ne réussit pas toujours aussi bien qu'on le désire, parce que, souvent, un certain degré de flexion accompagne l'anté ou la latéro-version et que la première se reproduit aussitôt que la main ne repousse plus le globe utérin.

C'est à cet inconvénient, croyons-nous, que remédie très simplement une fort honorable sage-femme de Caen, Mlle Vallée, naguère encore sage-femme en chef de l'Hôtel-Dieu de cette ville et qui a formé, pendant sa longue carrière (1) un nombre considérable de sages-femmes de notre région. Elle a imaginé de comprimer assez fortement l'abdomen de ses parturientes dans un large bandage de toile. Dans un opuscule (2) écrit dans un style d'une charmante naïveté qui rappelle les relations de nos vieux maîtres « françois » des siècles passés, Mlle Vallée rapporte une série d'observations qui lui semblent démontrer que la durée des accouchements a été sensiblement réduite, toutes les fois qu'elle a eu l'occasion d'appliquer la « bande de ventre », comme elle nomme ce bandage très simple : « une grande serviette, pliée en deux, très ferme » et fortement serrée. Nous-même, avons pu vérifier, à diverses reprises, dans notre clientèle, l'exactitude de ce fait.

Mais Mlle Vallée va plus loin, elle résume ainsi les avantages de cette petite intervention : « On peut bien affirmer qu'avec les grands effets de la bande de ventre, il n'y aura plus jamais d'application de forceps ni de version, puisque je n'ai pas mis la main à l'enfant, ni à l'extérieur ni à l'intérieur ; tous les accouchements se feront naturellement, à moins que dans les bassins extraordinairement viciés, car nous avons vu, dans la première observation, combien l'accouchement avait été rapide et, cependant, le bassin était vicié au détroit supérieur.

« Mais ne point oublier les trois conditions : premièrement, appliquer la bande de ventre à la première douleur ; deuxièmement, situation horizontale ; troisièmement, appliquer les mains fortement sur l'utérus lorsque la partie fœtale a franchi l'orifice utérin. J'ajoute un mot, la bande de ventre rendra encore de grands services dans les avortements à partir de trois mois et demi (1). »

— Disons, de suite, que, même appliquée quelque temps après le début du travail, « la bande de ventre » nous a paru souvent utile et que la situation horizontale est toujours celle que nous recommandons, comme tous les accoucheurs français, à nos parturientes. — L'application des mains d'un aide sur le corps utérin, quand la bande n'opère plus une pression suffisante nous semble d'une utilité douteuse. — Par contre, il nous semble important de commencer l'application et le serrage de la bande de bas en haut et d'avoir soin que sa partie supérieure ne vienne pas appuyer sur le fond de l'utérus : le bandage doit soutenir l'utérus circulairement et ne pas appuyer de haut en bas. — Ajou-

(1) Mlle Vallée a exercé sa profession pendant cinquante ans et a été pendant vingt-deux ans sage-femme en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen.

(2) *Découverte très importante dans l'art des accouchements*, par Mlle Joséphine Vallée, ex-sage-femme en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, 5, rue Samuel-Bochart, à Caen.

(1) Mlle Joséphine Vallée. — *Loc. cit.*, pages 32 et 33.

tons que nous n'oserons pas être aussi généreux que Mlle Vallée dans la promesse des bénéfices, qu'elle annonce à ses accouchées, de l'application de son bandage dans les cas de présentations vicieuses (1). — Mais il ne faut pas oublier, cependant, qu'une anté-version marquée a été considérée comme l'une des causes de ces présentations, auxquelles on a pu remédier, dans certains cas, en faisant porter aux femmes grosses une ceinture appropriée. — Pour ne citer que quelques auteurs, rappelons ce que disent Tarnier et Budin : « Cette ceinture, surtout si la tête est en rapport avec le détroit supérieur ou si on l'y a ramenée, a aussi une action favorable sur l'engagement de la présentation (2) ». « Surtout » ne veut pas dire uniquement » et les deux éminents auteurs semblent ainsi accorder une réelle efficacité à la ceinture, même si la tête n'est pas en rapport avec le détroit supérieur. — De leur côté, A. Ribemont-Dessaignes et G. Lepage écrivent, à propos des déviations latérales de l'utérus au début de l'accouchement. « Aussi est-il souvent nécessaire de redresser l'utérus et de le ramener presque sur la ligne médiane ; on voit alors l'engagement de la partie fœtale s'accélérer et l'accouchement se terminer assez rapidement (3). » Or le bandage abdominal extemporané de Mlle Vallée maintient cette réduction. Et il est important qu'elle soit maintenue jusqu'à ce que la présentation soit à la vulve : c'est encore l'avis de Tarnier et Budin. « On fera bien d'obliger les femmes à rester dans la situation horizontale et de maintenir la ceinture appliquée afin que les contractions utérines puissent s'exercer dans l'axe du détroit supérieur et être efficaces (4). »

Ainsi donc, sans parler des cas spéciaux dans lesquels il convient de faire la version par manœuvres externes et d'appliquer, pendant la grossesse, une ceinture eutocique, suivant les indications qu'a magistralement établies M. le Pr Pinard, nous croyons pouvoir dire que, dans un très grand nombre de cas, le bandage abdominal de Mlle Vallée rendra de réels services. —

Son efficacité dans les cas de déviation marquée est bien établie parce que les maîtres cités plus haut disent de l'emploi d'une ceinture, que « la bande de ventre » remplacera facilement, au cours du travail, chez les femmes qui ne se seront pas munies du premier appareil. Jamais ce procédé ne saurait être nuisible, sauf dans les cas assez rares de rétroversion de l'utérus à terme ou dans celui de grossesse gémellaire où les fœtus, déjà à l'étroit dans la cavité utérine, ne doivent pas être encore soumis à une compression artificielle Enfin, nous tenons à y revenir en y insistant, le nombre est grand des déviations utérines trop peu marquées pour causer de sérieuses inquiétudes aux accoucheurs, mais bien suffisantes pour retarder, d'une façon notable, la marche de l'accouchement ; dans ces cas, le bandage abdominal redresse l'utérus. — Même dans les accouchements tout à fait normaux, il est encore avantageux, en fixant cet organe, en l'empêchant de basculer d'un coté ou de l'autre, — en le calant, pour ainsi dire, — en le maintenant sur la ligne médiane et dans une direction normale. C'est pourquoi les conclusions de l'honorable sage-femme de Caen nous semblent dignes d'attirer l'attention de tous les praticiens. Abréger la durée d'un accouchement sans aucun danger pour l'accouchée, n'est-ce pas l'idéal pour celle-ci... et pour son accoucheur ?

(1) Mlle Jos Vallée. — *Loc. cit.*, pages 30 et 31.
(2) Tarnier et Budin. — *Traité de l'Art des accouchements, Tome II. Pathologie de la grossesse*, page 248. — G. Steinheil, Paris, 1886.
(3) A. Ribemont-Dessaignes et G. Lepage. — *Précis d'obstétrique*, G. Masson, éditeur, Paris, 1894, page 717.
(4) Tarnier et Budin. — *Loc. cit.*

NEUROLOGIE

L'Épilepsie larvée (*Fin*) (1) ;

Par le Dr ARDIN-DELTEIL, chef de clinique à l'Université de Montpellier, médecin-adjoint de l'Asile public d'aliénés de l'Hérault.

II. — Formes avec dépression. — Comprennent : 1° La stupeur épileptique ; 2° La narcolepsie épileptique.

1° Stupeur épileptique (2). Parfois légère et momentanée se produisant plutôt sous forme d'amnésie passagère (malade cessant subitement de savoir où il est, où il va, ce qu'il fait, cessant de reconnaître les gens), serait capable, suivant certains auteurs italiens, de se manifester sous forme d'accès prolongé revêtant le masque de la stupeur lypémaniaque. Mais dans ces cas, la nature épileptique est discutable.

2° Narcolepsie (3). La narcolepsie est un syndrome caractérisé par la production subite d'un sommeil profond revenant par accès. Gélineau a décrit une narcolepsie essentielle, idiopathique, dont il fait une névrose. Mais dans certaines maladies par troubles de la nutrition, dans les affections hépatiques, gastriques, dans certaines affections cérébrales organiques, on a rencontré aussi une narcolepsie, symptomatique celle-là.

Dans un certain nombre de cas, elle serait franchement de nature épileptique. Le malade, sans avertissement aucun, tombe dans un sommeil soudain, profond, tenace, durant de quelques minutes à plusieurs heures. Ordinairement, il s'affaisse, il s'assied : sa tête se penche sur sa poitrine et il s'endort. Quelquefois, il se produit une véritable catalepsie, et il reste figé dans l'attitude dans laquelle le sommeil l'a pris. — Jacoby et Féré en ont rapporté de remarquables exemples. Un des malades de Féré s'endormait à table, la bouche encore pleine. — Au réveil, amnésie complète.

III. Doubles formes (4). — Ce sont là des manifestations rares de l'épilepsie. Signalés par Morel, Lankey et Doutrebente, ce sont des accès prolongés, où se produisent des alternatives d'excitation et de dépression. Parfois ce sont des formes circulaires pures. Doutrebente voudrait faire de ces formes la forme élémentaire primitive de toute épilepsie psychique.

§ 3. *Etiologie, Pathogénie, Physiologie pathologique.*

Au point de vue étiologique nous serons très brefs, l'étiologie de l'épilepsie larvée se confondant avec celle de l'épilepsie en général. Hérédité similaire, hérédité dite de transformation (névrose, psychoses des parents), hérédité alcoolique se rencontrant dans la plupart des cas d'épilepsie larvée. Ces conditions générales, qui sont

(1) Voir *Progrès médical*, nos 50 et 52.
(2) Franzolini et Celotti — *Epilessia larvata sotto forma di lipemania attonita.* (Arch. Ital. per le mal. ment. e. ner. 1881.)
(3) Voir Jacoby. *Periodical sleep. seizures of an epileptic nature.* (*New York med. Journ.*, 1893) — Mendel. *Ueber Anfalle von Einschlafen.* (*Allg. Zeit. f. Psych.*, 1881.) — Berkan. *Deutsch. Zeitsch. f. Nervenkr.* Leipsik, 1892. — Féré. *Revue de médecine*, 1893.
(4) Doutrebente. *Manie rémittente : double forme, épilepsie larvée.* (*Ann. méd. psych.*, 1886.)

celles de toute épilepsie, ne sont pas susceptibles de nous expliquer pourquoi ici l'épilepsie revêt des formes motrices nouvelles, des formes sensitives, viscérales, sensorielles, psychiques (1). Pour interpréter celles-ci, force nous est d'admettre que la décharge épileptique se localise sur certaines *zones fonctionnelles* du cerveau distinctes des centres supérieurs, présidant à la conscience, à la volition, à la coordination ; zones préposées les unes à la mobilité, les autres aux actes sensitifs, vaso-moteurs, viscéraux, les autres aux manifestations sensorielles et à certaines manifestations psychiques. Cette décharge partielle expliquerait l'absence de sidération, l'absence de chute qui se retrouve dans tous ces états, et l'exercice d'une sub-conscience ou conscience rudimentaire, incapable toutefois d'emmagasiner les impressions et de faire acte de mémoire. Ainsi on est amené à admettre l'existence de deux ordres de centres hiérarchiquement subordonnes, centres supérieurs, centres inférieurs, et on peut d'ailleurs admettre ici deux hypothèses : Ou bien la décharge épileptique agit directement sur les premiers centres précités, centres inférieurs, en détermine l'irritation, la mise en activité en les soustrayant à l'action des centres supérieurs, véritablement conscients, volontaires, coordinateurs et frénateurs. Ou bien cette décharge épileptique agit d'abord sur les centres supérieurs, qu'elle annihile seulement dans une de leurs parties, qui habituellement contribue à coordonner et à diriger soit les actes moteurs, soit les manifestations sensitives, psychiques, inférieures. Ici encore est-on forcé d'admettre une décharge partielle, une décharge localisée. — Ainsi les divers faits que nous venons d'étudier forceraient à admettre, (et en seraient donc une démonstration indirecte) l'existence de deux ordres de *centres fonctionnels* : 1° Des *centres psychiques supérieurs* (centres d'associations de Flechsig) siège de la conscience vraie, de la volonté, des inhibitions directrices. 2° Des *centres psychiques inférieurs* (centres de projection de Flechsig) les uns moteurs, les autres sensitifs, sensoriels, psychiques même. Ces centres inférieurs seraient des centres de tension nerveuse, centres irritables, à énergie potentielle, constamment réfrénés dans leur tendance à la spontanéité et à l'automatisme par les centres supérieurs. La suppression totale ou partielle de ces derniers aussi bien que l'augmentation de l'irritabilité des premiers amènent les mêmes résultats, la manifestation spontanée de l'activité d'un ou de plusieurs des centres inférieurs.

Les centres psychiques inférieurs seraient le siège d'une conscience vague, intuitive, mal perceptive, et amnésique répondant au *sensorium commune* de Vulpian. Ce qui nous explique l'apparente persistance de la conscience, ou la conscience seconde dans les états psychiques. — Quoi qu'il en soit, et de quelque manière qu'on l'envisage, l'épilepsie nous apparaît, à la lumière de ces faits, comme une névrose essentiellement psychique, essentiellement intellectuelle même dans ses formes les plus banales. C'est une maladie de la conscience, une maladie de la volonté, une maladie du souvenir ; elle intéresse les trois grandes facultés de l'âme.

§ 4. *Evolution. Pronostic.*

Le pronostic de l'épilepsie larvée est le même que celui de l'épilepsie en général. Fréquemment on voit une épilepsie larvée se juger par une transformation ultérieure et définitive en épilepsie ordinaire. Dans d'autres circonstances, le sujet présente deux ordres de manifestations épileptiques, les unes banales, les autres larvées (épilepsie larvée combinée). Mais dans tous les cas, même quand il demeure toute sa vie un larvé pur, le malade est toujours un épileptique, c'est-à-dire un cerveau infirme menacé de déchéance finale. La démence ultime semble même être plus rapide dans l'épilepsie psychique, qui userait plus vite la cellule pensante. — Le pronostic est donc particulièrement grave à deux points de vue : 1° Parce que l'épilepsie psychique menace l'intelligence du malade et le conduit à coup sûr à l'internement ; 2° Au point de vue social à cause des délits nombreux et des actes si graves auxquels elle peut donner lieu.

§ 5. *Diagnostic. Traitement.*

Diagnostic (1). Nous ne pouvons l'envisager qu'à un point de vue général, sans reprendre chaque point en particulier. Toutes manifestations à reproduction stéréotypée, à répétition photographique, à allures paroxystiques soudaines, brèves, à cessation rapide, avec dépression ou sopor consécutif, d'amnésie ultérieure, devront donner l'éveil, qu'il s'agisse de manifestations motrices, sensitives, vaso-motrices, sensorielles ou psychiques. En ce qui concerne ces dernières, la violence et la publicité des actes, l'offensibilité marquée, la férocité, l'acharnement, seront aussi de bons caractères distinctifs. Dans tous ces cas on devra se livrer à une enquête double. Rechercher les antécédents héréditaires, qui feront découvrir l'épilepsie, ou une autre névrose, ou une vésanie, où l'alcoolisme chez les ascendants. Rechercher les antécédents personnels : fouiller le passé névropathique du malade, y déceler les convulsions de l'enfance, les mictions nocturnes, relever l'état mental du sujet, qui est celui de tout épileptique, irritable, récriminateur, instable, capricieux, offensif et méchant, toujours en « virtualité d'explosion » ; relever les altérations de l'intelligence en général moins développée, avec obtusion du sens moral ; relever les malformations somatiques, les traces qu'auront pu laisser des attaques d'épilepsie vraie. A ce faisceau on ajoutera d'autres preuves tirées :

De la toxicité urinaire (2), l'urine des épileptiques même larvés étant en général remarquablement hypotoxique dans les périodes inter-paroxystiques. Des variations post-paroxystiques de l'excrétion urinaire (3) (augmentation de l'urée, augmentation des phosphates avec tendance à l'inversion de la formule). Des variations de la température (4) à la suite des paroxysmes larvés (légère augmentation avec retour à la normale après quelques heures). Des modifications pupillaires (5) (mydriase pendant le paroxysme, myosis à la fin).

Traitement. C'est celui mis en œuvre pour la névrose ordinaire. Les bromures, le borate de soude, les antispasmodiques ; les bains calmants. La révulsion l'inter-

(1) Respaut. — *Influence de l'action épileptique sur l'état psychique*. (*Th. de Paris*, 1883.)

(1) Voir Parant. — *Loc. cit.*

(2) Mairet et Bosc. *Recherches sur la toxicité de l'urine des épileptiques. Soc. de Biol.*, 1893. — Mairet et Vires. *Un stigmate permanent de l'épilepsie.* (*Acad. de méd.*, 1897.)

(3) Mairet. — *Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique* (1884, Paris-Masson.)

(4) Mairet et Bosc. — *De l'influence des accès isolés d'épilepsie sur la température* (1892, Paris Masson.)

(5) Bosc. — *Modifications de la pupille chez l'homme sain, l'épileptique et l'hystérique* (1891, Paris-Masson.)

vention chirurgicale, le traitement antisyphilitique quand il s'agit de formes symptomatiques lésions méningées, exortoses, tumeurs, etc.

§ 6. *Médecine légale* (1).

En ce qui concerne l'épilepsie psychique : 1° Délivrer à tout malade atteint de cette forme un certificat médical dont il devra toujours être porteur, pour faciliter l'instruction judiciaire et éviter la détention préventive et des condamnations arbitraires. (Charcot, Brouardel). 2° Etablir la responsabilité du malade : *a) Dans les accès*, irresponsabilité absolue, quelle que soit la forme de la conscience et de l'amnésie. *b) Au voisinage d'un accès*, avant ou après, suivant qu'il existe des périodes pré ou post-épileptiques marquées ou non, responsabilité relative, toujours atténuée. *c) Dans l'intervalle des accès* : Responsabilité complète quand il n'existe aucune atteinte aux facultés mentales ; responsabilité atténuée ou tout au moins circonstances atténuantes, si le sujet présente les attributs du caractère épileptique, et cette virtualité d'explosion qui le rend moins maître de lui ; irresponsabilité complète s'il existe une atteinte profonde aux facultés mentales. 3° Demander l'*internement*, ou tout au moins la *surveillance étroite*, des épileptiques larvés à crises psychiques, capables de commettre des crimes ou des délits pouvant nuire aux personnes, ou amener les malades en justice. *A fortiori*, *séquestration obligatoire* consécutivement à tout acte délictueux ou criminel, mais *séquestration conditionnelle* c'est-à-dire susceptible de prendre fin, après qu'une observation suffisamment prolongée aura démontré la disparition de toute tendance impulsive nocive. Enfin, se garder toujours de baser le degré de responsabilité sur la conservation apparente de la conscience au cours du paroxysme psychique. Eviter surtout de prendre comme criterium de l'état de conscience la conservation plus ou moins complète du souvenir, ce qui amènerait de graves mécomptes.

(1) Voir Kowalewsky. — *Loc. cit.*

AVIS A NOS ABONNÉS — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement : DOUZE FRANCS. Ils pourront nous l'adresser par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste. Les mandats doivent être faits au nom du* **Progrès médical** *ou de* **M. Rouzaud**, *administrateur.*

Nous leur rappelons que la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

MÉDECIN TUÉ AU TRANSWAL. — Le Dr D[illegible] belge qui dirigeait l'ambulance belge et était attaché [illegible] de M. Steijn, président de l'État libre d'Orange [illegible] frappé d'une balle anglaise, en soignant les blessés sur le champ de bataille.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Procès contre les Magnétiseurs.

Le procès contre les Magnétiseurs a eu sa solution définitive le 30 décembre 1900 devant la chambre criminelle de la Cour de Cassation. Malgré les conclusions du rapporteur, M. Dupré, grâce à l'habile plaidoirie de M. Emile Perrin, avocat et l'appui du ministère public, les médecins ont gagné le procès. Le magnétisme appliqué au traitement des maladies est considéré comme exercice illégal s'il n'est pas pratiqué par un médecin diplômé. L'arrêt de la Cour de Cassation est conforme à l'équité et à l'intérêt public, autrement la situation eût été grosse de dangers pour les malades et très préjudiciable aux médecins praticiens.

Ce procès soutenu depuis plusieurs années par le Syndicat des médecins d'Angers, appuyé et subventionné par l'Union des Syndicats médicaux de France, a droit à la première place dans l'histoire de la médecine professionnelle du XIXe siècle et rappelle les luttes fameuses des médecins, des chirurgiens et des apothicaires d'autrefois. Les péripéties de ce long procès méritent d'être contées, car elles démontrent à la fois les conséquences funestes de l'inertie et de l'isolement et la puissance de la solidarité active des syndicats.

Plusieurs condamnations avaient été prononcées contre des magnétiseurs et des somnambules (1), assistés ou non de médecins, et leurs pratiques dans un but thérapeutique avaient été taxées d'exercice illégal de la médecine, quand fut promulguée la loi de 1892. Certains tribunaux correctionnels, notamment celui de la Seine en 1893 et celui de Lille en 1897, suivirent la même jurisprudence. Ce fut aussi celle qu'admit le tribunal du Mans, le 18 mai 1894, en condamnant une magnétiseuse. Cette femme fit appel, les médecins n'en eurent nul souci, et la Cour d'Angers, prétendant que la loi de 1892 définissait l'exercice illégal « quoiqu'en termes vagues » et que les applications du magnétisme ne pouvaient être considérées commes telles, réformait le jugement et acquittait l'accusée. Le ressort de la Cour d'Angers devint alors la terre promise des charlatans de toute espèce.

Ils s'installèrent ouvertement munis de prétendus diplômes, furent visiter les malades à domicile, ouvrirent des cabinets de consultations. Certains poussèrent l'impudence jusqu'à délivrer des certificats. Les médecins de la région s'en alarmèrent et le syndicat médical d'Angers résolut de mettre un terme à cet état de choses intolérable. Après s'être assuré l'appui matériel et moral de l'Union des syndicats médicaux de France, le syndicat d'Angers fit intenter un procès par le Parquet au plus célèbre magnétiseur de la ville, et se porta partie civile. Le magnétiseur traitait les malades en faisant des passes et leur délivrait de la ouate *aimantée* (!). Le tribunal correctionnel d'Angers, le 4 juin 1897, interprétant un passage du rapport de M. Chevandier à la Chambre lors de la discussion de la loi de 1892, déclara mal fondées les conclusions du Syndicat et acquitta le magnétiseur. Le syndicat d'Angers ne lâcha pas prise

(1) Cour de Cassation, 25 avril 1857. Cour de Lyon, 13 juin 1859.

grâce à la ténacité de son président, M. Gripat, il obtint que le parquet fit appel. La cour d'Angers ne voulut pas se déjuger, et, par un arrêt du 23 juillet 1897, déclara que le magnétisme ne pouvait être considéré comme un traitement et confirma le jugement.

Perdant tout espoir de succès, les médecins d'Angers allaient abandonner les poursuites, et le procureur général ne voulait se pourvoir en cassation qu'avec le concours du syndicat, quand l'Union des syndicats médicaux de France intervint, se chargea d'une part importante des frais du procès et confia à son avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, M. Emile Perrin, le soin de soutenir le pourvoi. Les magnétiseurs de Paris et d'ailleurs, menacés, se liguèrent. Le procès fut maintes fois renvoyé, et ce ne fut que le 29 décembre 1900, c'est-à-dire au bout de trois ans, que le conseiller, M. Paul Dupré, lut son rapport concluant au rejet du pourvoi. La Cour de Cassation, dans un arrêt très minutieusement motivé, a, le lendemain 30 décembre, admis le pourvoi et cassé l'arrêt de la Cour d'Angers. Le traitement des maladies par le magnétisme est considéré comme exercice de la médecine, et les pratiques des magnétiseurs sont bien définitivement condamnées. On ne verra plus désormais, à Angers et au Mans se multiplier les plaques : X..., magnétiseur-guérisseur, à côté de celles de : Z..., docteur en médecine.

Cependant, jusqu'à la veille de l'arrêt de la Cour de Cassation, on avait peu d'espoir dans un résultat favorable. « L'espèce est mauvaise, avait écrit M. Brouardel (1) en 1899, et il vaut mieux, pour faire établir une jurisprudence définitive, conforme au texte et à l'esprit de la loi, attendre qu'il s'en présente une meilleure ». La tenacité de l'Union des syndicats médicaux et l'habileté de son avocat ont triomphé quand même ; ils ont le droit d'être fiers de leur œuvre, car, pour citer encore M. Brouardel : « *Si les médecins souffrent de ces abus, les malades en meurent.* » J. Noir.

Sur l'efficacité du microbe de Danysz pour la destruction des rats des égouts.

Nous allons brièvement exposer les résultats de nos propres expériences. Dans les *Annales de l'Institut Pasteur* du mois d'avril 1900, M. Danysz a annoncé que les rats meurent par l'infection d'un coccobacille présentant l'ensemble des caractères du bacille coli, et qu'il a décrit. Le comité sanitaire de Grèce par l'intermédiaire de son président M. Kadsimichalis, a fait apporter directement de l'Institut Pasteur des cultures de ce coccobacille. Après nous être persuadés que les cultures étaient vivantes, nous avons commencé nos expériences selon la formule de M. Danysz. Au premier essai, dix rats capturés dans les égouts d'Athènes ont été enfermés dans des cages et nourris avec cette culture mêlée de pain et d'eau salée, tandis que les jours suivants nous avons mis du pain et du fromage. Dès le cinquième jour un rat est mort. Nous avons laissé le cadavre trente heures dans la cage. Les survivants ne l'ont pas dévoré. A l'autopsie nous avons trouvé des lésions caractéristiques dans la rate et dans les intestins. Le microbe pathogène a été isolé du sang de la rate et cultivé sur gelose. Deux autres animaux sont devenus malades mais ils ont guéris, et dès le vingtième jour, comme nous étions convaincus que tous les animaux étaient bien portants, nous avons commencé une seconde expérience. Deux autres rats ont été transportés dans la même cage. Dès le début nous avions renouvelé quelques cultures, et, séparant les rats dans deux cages, nous avons donné à ceux d'une cage de vieilles cultures et aux autres des nouvelles. Deux animaux sont morts entre le huitième et le dixième jour. L'autopsie a été faite sur l'un. Résultats positifs. L'autre a été laissé dans la cage où nous avons mis tous les rats, mais ils n'ont pas dévoré le cadavre. Les survivants sont restés bien portants. Vingt jours après, troisième expérience. Un mort, et les survivants, bien qu'à jeun, n'ont devoré que la queue. Ajoutons que puisque la virulence du microbe augmente si on isole du sang une culture quand on sacrifie l'animal vingt-quatre heures après l'ingestion des cultures, nous avons cultivé directement, du sang sur gelose pris sur un rat tué après ce laps de temps ; dès que les cultures ont été multipliées nous avons essayé une troisième expérience. Mais malgré cela nous n'avons obtenu d'autres résultats que le rongement partiel d'un animal. De ces expériences nous avons conclu que : 1° le microbe n'est pas assez virulent, au moins pour les rats des égouts d'Athènes ; 2° que si nous supposons que la mortalité augmente, même dans cette circonstance le moyen pour la destruction des rats dans les égouts et dans tous les locaux qu'ils infestent n'est pas efficace ou que les suvivants ne dévorent pas les cadavres qui ont été atteints par le microbe pathogène de Danysz.

Dr Ménélas Sakorraphos,
Médecin à la Polyclinique d'Athènes.

VISITES PROFESSIONNELLES A L'EXPOSITION.
(Suite.) (1).

Section de Russie : Matériel d'ambulance; instruments objets de pansements.

L'*exposition du Service de santé militaire de Russie*, qui se développe sur un espace étendu, et qui est fort riche et fort belle, nous offre à examiner des instruments, des objets de pansements, du matériel d'ambulance, des photographies..., etc. ; mais nous n'y trouvons pas de matériel de transport. La voiture d'ambulance russe, les brancards, la tente d'ambulance, sont exposés ailleurs, à un petit kilomètre de l'endroit où nous sommes, et c'est tout là-bas, au fin fond des sections étrangères d'hygiène, au premier étage de la galerie des Machines, côté de l'avenue de Suffren, que nous les rencontrerons plus tard, après avoir eu, dans notre trajet d'ici là, beaucoup d'autres choses très diverses à étudier.

Dans une première vitrine, nous trouvons des échantillons d'objets de pansements : gazes, coton hydrophile, bandes, etc., non empaquetés, et dont nous pouvons apprécier la finesse et le bel aspect. A côté, deux grandes armoires en verre et métal, selon la formulle actuelle, renferment l'arsenal instrumental, très complet et très richement composé, d'un hôpital de campagne; à quelques détails près, soit au point de vue de la forme, soit au point de vue de la nature de quelques instruments, cet arsenal diffère peu de celui des grands services de chirurgie de nos hôpitaux. Les scies à amputations sont du modèle comme chez nous sous la dénomination de scies à arbres tendeurs et à encoches porte-feuillets. Derrière ces armoires est exposée une partie de l'outillage (m...les, etc.), servant à la fabrication des instruments dans les manufactures de l'Etat, et quelques spécimens permettant de suivre les diverses phases de la confection de certains instruments en particulier.

Dans une vitrine voisine, nous voyons l'*arsenal instrumental d'une ambulance de bataillon*, réparti dans plusieurs boites en métal nickelé. Dans ces boîtes, les instruments sont rangés sur un plateau d'ébène où chacun a sa case propre creusée dans le bois à angles arrondis; des lames métalliques

(1) Brouardel. — *L'exercice de la médecine et le charlatanisme*, page 535. (J.-B. Baillière, édit., 1899).

transversales les maintiennent en place pendant le transport Quand le plateau de bois est enlevé, au moyen d'anses pliantes dont il est pourvu sur les deux petits côtés, le fond et le couvercle de la boîte, indépendants l'un de l'autre, constituent chacun un bassin. Je reviendrai ultérieurement sur cet agencement de boîtes à instruments; je me borne, pour le moment, à l'indiquer sans commentaires. — A côté, nous remarquons des *nécessaires pour la toilette des mains des chirurgiens* : ce sont également des boîtes métalliques, dont le fond et le couvercle deviennent chacun un bassin assez large et assez profond pour contenir une bonne quantité d'eau; dans leur intérieur trouvent place : un pot à eau aplati qui en remplit la majeure partie, le savon, les brosses et les limes à ongles, et l'on peut y loger encore du linge et divers autres accessoires.

Près de là, une série de planches photographiques tournantes nous montre les ateliers et appareils pour la préparation et l'emballage des objets de pansements, qui, comme les instruments, sont fabriqués dans un établissement dépendant de l'Etat; on peut suivre sur ces tableaux les temps principaux de la manutention de ces divers objets, — et se rendre compte des minutieuses précautions prises pour assurer leur asepsie, leur bonne préparation et leur conservation. Nous nous trouvons ensuite en face de plusieurs *autoclaves* et *stérilisateurs;* d'une *machine à paqueter le coton à pansement;* d'un petit *appareil de stérilisation par coction*, à deux compartiments inégaux, dont les parois et les couvercles sont revêtus de tissu d'amiante; de deux *étuves à désinfection*, l'une horizontale, de grandes dimensions et fixe pour hôpital de campagne, l'autre verticalement disposée, de proportions moindres, destinée à être transportée à la suite des corps de troupe pour le service des ambulances.

Puis nous voyons *le matériel d'un laboratoire de bactériologie pour l'hôpital de campagne*, et un caisson contenant, sous forme restreinte, un matériel analogue pour l'analyse des eaux et des denrées alimentaires, etc., à l'usage des troupes en marche. Puis une nouvelle série de *tableaux photographiques* tournants nous montre les manœuvres du service de santé, le chargement des brancards dans les voitures, le transport des blessés sur la neige à l'aide de raquettes, la manière d'improviser un brancard avec des fusils et des manteaux, etc. Au travers de ces objets nombreux et divers sont exposés les *caissons de l'ambulance de bataillon*, caissons nombreux et abondamment pourvus d'objets de pansements, d'ustensiles accessoires de tout genre et de produits pharmaceutiques, méthodiquement répartis et rangés dans chacun d'eux. Dans l'un de ces caissons nous avons remarqué, à côté d'éclisses, de lames de fer blanc perforées pour consolidation d'appareils plâtrés, de cartons pour attelles, etc., une série de gouttières de fer blanc emboîtées les unes dans les autres; ces gouttières, largement fenêtrées au niveau du talon, solides et faciles à entretenir propres, sont, à ces deux points de vue, bien préférables à des gouttières de treillis métallique, et constituent un précieux moyen de contention pour le chirurgien, dans bien des cas, sera heureux d'avoir à sa disposition.

Nous ne voyons pas là encore des sacs d'ambulance, des sacoches de pansement pour les infirmiers, des salles avec fontes spéciales pour les médecins, etc., et, dans une dernière vitrine, le fourniment professionnel portatif des chirurgiens et des vétérinaires sanitaires : trousse, boîte à médicaments, carnet, etc. La *trousse de médecin* est un véritable petit bijou. Elle rappelle par sa forme les pochettes à compas; mais ses deux valves, au lieu d'être en gameric, sont en ébène poli; les instruments de première nécessité qu'elle contient y sont logés chacun dans une loge individuelle creusée dans le bois et à angles arrondis, maintenus par une traverse métallique; les bistouris, à manches métalliques fixes et minces comme les manches de scalpel, sont rangés à plat sur l'une des valves, faciles à reconnaître et à prendre; une ou deux petits vases à couvercle sont ménagés dans les coins libres pour recevoir les aiguilles à sutures, les fils, etc. Cette trousse, légère, coquette, et n'excédant pas les dimensions d'un portefeuille, est renfermée, pour le transport dans une gaine de cuir. — *La boîte à médicaments*, métallique, oblongue, est garnie d'un certain nombre de tubes contenant, sous forme de granules ou de comprimés, les principaux produits pharmaceutiques répondant à des indications d'urgence. Trousse, boîte à médicaments, carnet médical avec deux paquets de pansement individuel, trouvent place ensemble, pour le transport, soit dans une sorte de sabretache, soit dans les larges fontes de la selle du médecin.

On peut juger par cet aperçu, sûrement fort incomplet encore malgré sa longueur, de l'intérêt que présente cette belle exposition, qu'il faut revoir à plusieurs reprises pour l'étudier par le menu comme elle le mérite. Mais nous avons encore à en voir, dans ce même palais plusieurs autres qui sont aussi fort intéressantes. Reprenons donc notre route dans la direction du Champ de Mars, pour nous arrêter d'abord dans la section Hongroise.

Section Hongroise : Brancards militaires.

L'exposition collective de la Hongrie fait suite à la section russe, et se développe dans six petites salles rayonnant autour d'un espace hexagonal central. Nous n'avons à y voir que le *brancard de campagne de l'armée hongroise*, exposé par la *maison Steinschneider, de Budapest*, dans la troisième salle à droite, où il fait vis-à-vis à des vitrines d'uniformes, d'instruments de musique, etc. Il est suspendu verticalement le long du mur, à côté d'une sorte de panoplie formée avec ses deux hampes, d'une part, et, d'autre part, avec sa toile roulée autour des autres pièces de sa charpente, traverses et pieds. Le tout est assez haut placé pour être hors de portée de la main; c'est donc un diagnostic à distance que nous avons à faire, pour arriver à nous rendre un compte exact de certains détails de structure de l'appareil, mais c'est un diagnostic bien facile, avec les éléments que nous avons sous les yeux.

Le *brancard de campagne de l'armée hongroise* est un brancard *démontable, s'enroulant pour le transport, à toile mobile, têtière fixe et appuie-pieds.* Les hampes, en bois dur, ont leurs deux faces latérales planes et leurs bords supérieur et inférieur arrondis : à leurs extrémités, au niveau du point où elles se continuent avec la racine des manches, la forme de leurs bords se modifie brusquement, elles deviennent rectangulaires dans une certaine étendue, et les bords mousses du corps de la hampe, interrompus là par une section à pic, forment au-dessus et au-dessous de cette partie rectangulaire, qui est destinée à se loger dans l'anneau terminal de la traverse, un épaulement contre lequel cet anneau viendra buter. Les traverses en bois sont prolongées et terminées, à chacune de leurs extrémités, par un fort anneau rectangulaire en fer, dans lequel s'engage la racine des manches; elles portent les pieds, rattachés à leur face interne par une articulation à pivot, dont l'existence est accusée par un boulon saillant à leur face extérieure, en dedans et près de leur anneau de fer terminal. Les pieds, qui se prolongent de quinze à vingt centimètres au-dessus du niveau du brancard, sont accotés et calés dans les angles intérieurs du cadre. Les prolongements des pieds du bas sont reliés l'un à l'autre par deux sangles transversales, qui fournissent un appui aux pieds du blessé; les prolongements des pieds du haut, pareillement reliés, d'ailleurs, par des sangles, servent de points de support et d'attache aux angles de la têtière. Pour le paquetage des traverses démontées, les pieds et leurs prolongements, pivotant au niveau de leur articulation à la face interne des traverses, viennent se placer parallèlement à celles-ci, les pieds saillants en dehors au delà de leur anneau terminal, les prolongements en dedans et couchés le long d'elles. La toile présente sur ses bords latéraux, depuis les pieds jusqu'à l'origine de la têtière, une coulisse dans laquelle sont engaînées les hampes. De son bord inférieur se détachent deux courroies à boucles qui servent à la fixer à la traverse correspondante, et à la tendre dans le sens de la longueur; deux courroies semblables, partant de la partie supérieure de la toile en avant de la base de la têtière remplissent le même rôle du côté du haut du brancard.

Ce brancard est solide, de construction simple, sans complication d'accessoires; mais son montage et son démontage, dont on devine aisément les détails et les temps successifs, doivent être un peu longs, surtout en comparaison avec la prestesse de manœuvre de nos brancards pliants. En revanche,

il a l'avantage d'être pourvu d'une toile mobile, changeable à volonté, et c'est un avantage assez considérable pour atténuer l'inconvénient précédent. Son paquetage est constitué par la toile roulée, dans le sens de sa longueur, autour des traverses et des pieds repliés parallèlement à elles, ces pieds débordant de chaque côté la tranche du rouleau; pour le transport, les hampes, que nous voyons ici isolées, peuvent trouver place au centre, comme des parapluies au milieu d'une couverture de voyage. Le tout paraît devoir bien se prêter au transport à l'épaule; mais il est évident que, pour le transport dans les voitures, cet ensemble serait assez encombrant et assez difficile à bien ranger, et il est probable que, dans bien des cas, on doit de préférence, pour la commodité du chargement, ne pas réunir ainsi les hampes au paquetage et caser isolément les deux choses. Ch.-H. Petit-Vendol.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 décembre 1900.

Histologie du liquide des hydrocèles.

MM. Widal et Ravaut. — Dans cinq cas sur huit, les auteurs ont trouvé dans le liquide des hydrocèles des placards endothéliaux plus ou moins confluents mêlés parfois à des globules rouges et à des lymphocytes peu nombreux. Dans deux cas quelques cellules endothéliales dissociées plus ou moins altérés; parfois il n'y avait pas d'éléments figurés. Cette formule rappelle celle des pleurésies aseptiques des cardiaques et des brightiques et plaide contre l'origine infectieuse de ces hydrocèles dont le liquide est stérile et en faveur de l'origine mécanique. Dans les vaginalités symtomatiques, la formule histologique du liquide est différente de celle d'une orchite blennorrhagique, on trouve surtout des polynucléaires; dans l'épanchement d'une vaginalite inflammatoire avec fausses membranes et suffusions hémorrhagiques, les polynucléaires abondants étaient associés aux lymphocytes sans cellules endothéliales.

Pleurésies expérimentales.

MM. Widal et Ravaut. — La formule du liquide des pleurésies obtenues expérimentalement ont donné les résultats suivants : La tuberculose généralisée obtenue par inoculation sous-cutanee et intra-péritonéale dans un épanchement pleural abondant; il y avait des lymphocytes avec de rares polynucléaires, quelques microphiles et quelques cadavres de cellules endotheliales déformées et à des globules rouges. Il s'agissait d'une lymphocytose pleurale. Le bacille de Koch dans la plèvre des chiens détermine une pleurésie de longue durée que l'on peut ponctionner plusieurs fois; le liquide séro fibrineux peut devenir séro purulent, il a présenté peu de coagulum fibrineux.

A l'autopsie, il y a des tubercules à fleur de plèvre, mais pas de neo-membrane; on ne reproduit donc pas la pleuro-tuberculose à néo-membrane de Landouzy. Ces inoculations directes de sérum donnent une formule spéciale caracterisee par des cellules endotheliales caractéristiques, des lymphocytes, des polynucl[illegible]aires et des globules rouges, les rapports entre ces éléments varient légèrement. La pleuresie di[illegible]e idiophatique qui, pour M. Landouzy, est presque toujours tuberculeuse est caractérisée par les lym[illegible]ho[illegible]yte[illegible], ce qui en fait une forme spé[illegible]iale nullement disti[illegible]cte des pleuresies survenant chez d'anciens tuberculeux [illegible]ù le [illegible]iquide est caractérisé par la présence de po[illegible]ynuc[illegible]ea[illegible]res vieillis et deformes.

Dans u[illegible] cas de kyst[illegible] a grains riz[illegible]ormes dont la nature tubercu[illegible]us[illegible] est avérée, il y avai[illegible] une formule lymphocytique, [illegible]qu[illegible] dans deux arthrites tuberculeuses ancienne[illegible] il n'y avait plus que des polynucleaires. Sur les pleur[illegible]sies purulentes anciennes tuberculeuses on voit des granulations et de temps en temps un polynucléaire déformé; cette absence d'éléments figurés suffirait à caractériser la nature tuberculeuse d'une pleurésie purulente ancienne. Après inoculation intra pleurale du bacille typhique, le liquide présentait chez un cobaye, après 18 h. des bacilles nombreux, quelques cellules endothéliales, quelques lymphocytes, des polynucléaires neutrophiles et éosinophiles. A la suite d'inoculations de toxine diphtérique, le liquide très visqueux, très fibrineux et teinté de sang contenait des globules rouges, peu de globules blancs, moins que dans la pleurésie du cobaye tuberculeux; la formule était lymphocytique, la pleurésie diphtérique du cobaye peut donc être lymphocytique comme la pleurésie tuberculeuse, mais en clinique, la confusion est impossible. Ce qu'il faut garder de ces expériences, c'est que les pleurésies toxiques peuvent être lymphocytiques et que même dans les placentas cardiaques et brighthiques on peut au milieu de segments trouver des lymphocytes — ce qui provient de ce que le liquide pleural provient normalement de la lymphe; on peut y retrouver les éléments de la lymphe, et souvent la simple exagération de la sécrétion normale de la séreuse; ceci expliquerait la prédominance des lymphocytes dans le liquide exsudé.

Action sanitaire du placenta.

M. Nattau-Larrier. — Le placenta possède chez le cobaye une fonction sécrétoire des plus apparentes; après fixation de l'organe par des réactifs, surtout le réactif de Dominici, les produits d'activité sont appréciables sous forme de petites gouttelettes qui naissent du plasmodium d'origine ectodermique; cette sécrétion se fait dans l'intérieur des cavités vasculaires maternelles et on le retrouve dans le gros sinus placentaire; cette sécrétion se produit en dehors de toute infection et intoxication; elle range le placenta dans les glandes à sécrétion interne.

M. Letulle indique à ce propos ses recherches sur le placenta humain.

Colibacille et capsules bactériennes.

M. Legros. — Chez toutes les espèces bactériennes, Boni a indiqué le moyen de déceler les capsules; la variabilité des résultats est extrême chez les colibacilles prélevés dans le sang ou le sérum d'animaux, on peut rencontrer des pseudo-capsules qui paraissent comparables aux précédentes: mais elles ne peuvent être comparées aux capsules vraies de certaines espèces bactériennes.

MM. Cluzet et Frenkel ont obtenu des résultats expérimentaux en déterminant la tension superficielle d'un liquide contenant du soufre en suspension.

M. Gellé confirme par de nouvelles expériences ses théories sur les cyclones de la phonation. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNEE 1902.

Prix de l'Académie : 1.000 francs. — Question : *Des toxines en pathologie.*

Prix Alvarenga de Piauby (Brésil) : 800 francs. — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire en œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat : 1.000 francs. — Ce prix, qui peut être partagé, sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basées simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de Médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des Sciences de l'Institut.

Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis, à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés.

Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

Prix Baillarger : 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. Les [illegible] devront être divisés en deux parties. Dans la première, [illegible] observations cliniques à l'appui [illegible] un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils élaboreront séparément, pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens [illegible] l'organisation de ces asiles [illegible] une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix Barbier : 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Boullard : 1.200 francs. — [illegible] au meilleur [illegible] les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales [illegible] en [illegible].

Prix Mathieu Bourceret : 1.200 francs. — Le prix sera décerné à l'auteur [illegible] le meilleur [illegible] travaux sur la circulation du sang.

Prix Buignet : 1.500 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé; si aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1.500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3.000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1.500 francs chacun.

Prix Campbell Dupierris : 2.300 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésiques ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron : 1.000 francs. — Question : *Des tumeurs fibreuses de l'utérus dans la grossesse.*

Prix Chevillon : 1.500 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux : 900 francs. — Question : *Des diverses formes de la démence.*

Prix Clarens : 400 francs. — Ce prix, qui ne pourra pas être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet : 1.000 francs. — Les travaux adressés pour ce concours devront porter sur une des maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour, et plus spécialement sur les tumeurs.

Prix Desportes : 1.300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret : 700 francs. — Question : Les [illegible].

Prix Godard : 1.000 francs. — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Henri Huchard de M[illegible] : 1.200 francs. — Question : *Traitement [illegible]*.

Prix Herpin (de Genève) : 3.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Laborie : 5.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey : 1.000 francs. — Ce prix [illegible] être [illegible] des cas [illegible] du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Lefèvre : 1.800 francs. — Ce prix sera décerné chaque année à l'élève [illegible]. Le choix [illegible] à l'Académie de Médecine.

Prix Lefèvre : 1.800 francs. — Question : *De la mélancolie.*

Prix Lorquet : 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot : 2.600 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Monbinne : 1.500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1.500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale) [illegible] des missions scientifiques [illegible] Dans le cas où la somme [illegible] n'aurait pas reçu [illegible] destination, l'Académie pourra accorder [illegible] [illegible] son appréciation et suivant ses besoins. » Les candidats [illegible] des avances [illegible] demande au président de l'Académie [illegible] à la Commission du prix des renseignements sur la mission projetée.

Prix Nativelle : 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé [illegible] d'une substance médicamenteuse.

Prix Orfila : 4.000 francs. — Question : *Alcaloïdes de la belladone, de la jusquiame et du datura.* « Chacune de ces questions devra être envisagée sous les points de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. Ainsi, que deviennent ces poisons après leur absorption; dans quels organes séjournent-ils; à quelle époque sont-ils éliminés et par quelles voies; quels troubles amènent-ils dans les fonctions; quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent; quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale, en particulier sur le sang; quel mode de traitement devra-t-on préférer pour combattre leurs effets; enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques après la mort, soit dans les matières [illegible] soit dans les selles, soit dans [illegible], ainsi que dans le sang? Après la mort, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang; il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler. Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons des toxiques [illegible] végétaux. » (Extrait du testament.)

Prix Oulmont : 1.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat. (Chirurgie.)

Prix Portal : 600 francs. — Question : *Étudier sur les animaux l'inoculation et la contagion du cancer.*

Prix Pourat : 700 francs. — Question : *Fournir des documents expérimentaux propres à éclairer la question de la [illegible] des aliments albuminoïdes.*

Prix Saint-Lager : 1.500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1 500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Stanski : 1.800 francs. — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion [illegible] par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de Médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question [illegible] relative à la contagion dans les maladies [illegible], c'est-à-dire incurable. (Extrait du testament.)

Prix [illegible] : 2.000 francs. — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, [illegible].

Prix [illegible] : 700 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur [illegible].

Séance du 26 décembre 1900.

Le président annonce la mort de M. Duclos (de Tours) et de M. [illegible], membres correspondants nationaux de l'Académie de médecine.

La prochaine séance de l'année est ajournée au mardi 8 janvier 1901.

Au cours de la séance, M. Riche est élu vice-président de l'Académie. M. Vallin est réélu secrétaire annuel; M. Hanriot est réélu trésorier. M. Jungfleish et M. Le Dentu sont nommés membres de Conseil pour l'année 1901.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 *décembre* 1900. — Présidence de M. Tenisier.

Tuberculose pulmonaire et cardiopathies.

M. [illegible] en son nom et en celui de M. Gillet, présente une malade [illegible] tuberculeuse très chargée qui, depuis [illegible] des de tuberculose du pou-

mon gauche, sans que sa santé générale en soit affectée. Il se demande si l'arrêt de l'évolution de la tuberculose n'est pas due à une maladie mitrale dont la malade est aussi atteinte. Cette malade présente en outre une éruption cutanée de tuberculides.

M. BARTH a observé plusieurs cas analogues sans que cependant une affection cardiaque puisse être mise en cause dans l'arrêt de développement de la tuberculose.

M. FAISANS ne croit pas à l'antagonisme entre la maladie mitrale et la tuberculose. De nombreuses observations permettent de détruire cette opinion.

M. LANCEREAUX fait remarquer la symétrie de l'affection cutanée, ce qui n'est guère en faveur de l'origine tuberculeuse.

M. COMBY a observé chez un enfant des tuberculides analogues et symétriques.

Hyperostose du tibia et du péroné.

M. GALLIARD présente un malade offrant de l'hyperostose de la diaphyse du tibia gauche et du péroné. L'hyperostose du tibia ne porte que sur la diaphyse tandis que la radiographie permet de constater l'hyperostose du péroné surtout vers les épiphyzes. Le tibia est de forme absolument cylindrique. Ce malade est tuberculeux pulmonaire. Il n'a aucun antécédent syphilitique.

M. RENDU demande si cette affection serait pas une maladie de Paget anomale.

M. LANCEREAUX croit que cette affection est une dystrophie analogue à la maladie de Paget sans cependant offrir les signes caractéristiques de ce type morbide.

Fistule à l'anus et tuberculose.

M. BARRIÉ examinant les statistiques, conclut que la fistule anale est une complication fréquente de la tuberculose, souvent nettement de nature tuberculeuse. La fistule survient le plus souvent dans les cas de tuberculose confirmée ou avancée. Cependant quelquefois la fistule est constatée au début de la tuberculose et même quelques années avant la declaration de la tuberculose pulmonaire. M. Barrié cite plusieurs observations de fistules qui furent suivies de tuberculose pulmonaire, les unes d'origine traumatique, les autres spontanées.

M. RENDU rapporte un fait à l'appui de la communication de M. Barrié. Il s'agit d'un agrégé en médecine, atteint et guéri de fistule anale spontanée, mourut de méningite tuberculeuse.

Seance du 28 décembre 1900. — PRÉSIDENCE DE M. TROISIER.

Syphilides pigmentaires.

M. DANLOS, présente deux cas de syphilides pigmentaires offrant des formes différentes. L'un de ces cas est classique et affecte une simple dyschromie, l'autre s'accompagne d'atrophie de la peau et est consécutive à une éruption papuleuse.

Méningite suppurée à bacilles d'Eberth au cours d'une fièvre typhoïde.

M. LAIGNET-LAVASTINE, au nom de M. BACLÈRE et au sien présente une observation d'une malade atteinte de fièvre typhoïde, morte au troisième septenaire, après avoir présenté durant trois jours des symptômes de méningite. A l'autopsie on constata du pus dans l'espace intra-arachnoïdien Ce pus contenait le bacille d'Eberth et son ensemencement donnait lieu à des cultures eberthiennes à l'état de pureté. On ne retrouva pas le pneumocoque même dans l'examen très soigneux de nombreuses coupes des méninges infiltrées de pus et du cerveau sous jacent.

M RENDU lit le *rapport sur les travaux de l'année* et fait l'éloge des morts de la Société : MM. Mathis, Gérin-Roze, Lebreton, Cadet de Gassicourt, Bergeron. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 decembre 1900. — PRÉSIDENCE DE M. RECLUS.

Diagnostic du cancer de l'estomac.

M. HARTMANN. — A l'occasion de la recente discussion sur le diagnostic du cancer de l'estomac, M. Hartmann répète que l'examen du sang a une grosse importance : d'une part, il y a diminution de l'hémoglobine et leucocytose marquées, enfin des déformations globulaires.

M. Hartmann cite deux observations à l'appui de sa thèse ; dans une premiere, il y avait des signes de néoplasme, et l'examen du sang montra qu'il n'en était rien, ce que l'intervention confirma. Dans la deuxieme observation il y avait les signes très nets d'ulcères de l'estomac, or, l'examen du sang montra que c'était du sang cancéreux, fait confirmé par l'intervention.

M. ROUTIER vient d'observer un malade pour lequel le diagnostic de maladie de Reichmann avait été fait d'une façon très précise par des médecins compétents; or, sous le chloroforme, M. Routier put découvrir deux kystes de l'ovaire qu'il opéra ; ceci pour dire une fois de plus que le chirurgien doit examiner ses malades complètement

De l'intervention dans les perforations intestinales.

M. LEJARS fait un rapport sur deux cas de perforations intestinales, d'origine typhique, opérée par M. Legueu, et dont un cas fut suivi de succès; l'intervention fut faite, dans ce cas, six heures après la perforation; et M. Legueu ne put fermer cette dernière qu'en greffant dessus l'épiploon ; à part un léger précédent, une fistule stercorale, qui guérit spontanément, tout a la bien ; avec ce cas et celui de M. Loison, présenté récemment, il y a actuellement seize cas de guérison de perforation typhique après intervention ; M. Lejars a opéré récemment une perforation typhique, avec péritonite suppurée, mais l intervention avait ete trop tardive pour sauver la malade: le moment de l'intervention a donc une importance capitale.

M. ROCHARD est intervenu cinq fois pour perforation typhique ; or, dans certains cas, le diagnostic est fort difficile, car, tout récemment, M. Rochard fut appelé pour une perforation diagnostiquée par le chef de clinique et l'interne, et où l'intervention ne fit rien constater; le malade d'ailleurs guérit.

M. DELORME a opéré l'année dernière une malade présentant cliniquement les signes d'une perforation intestinale; l'intervention montra un appendice un peu rouge, sans trace de perforation aucune.

M. WALTHER a été appelé également l'année dernière pour une perforation typhique, survenue au déclin de la dothiénentérie ; l'état général était très mauvais, M. Walther n'intervint pas et tout se termina par une localisation des phénomènes inflammatoires dans le petit bassin, derrière la vessie; puis, brusquement, la collection s'ouvrit dans la vessie, laissant une fistule qui guérit au bout de quinze jours. Le diagnostic de l'affection et des indications opératoires est donc souvent fort difficile

M. LEJARS conclut que l'intervention doit être immédiate, dès que le diagnostic est fait.

M. CHAPUT fait un rapport sur une observation de M. Morestin, concernant une plaie pénétrante de l'abdomen ayant intéressé plusieurs organes : une veine spermatique, une veine épigastrique, l'artere appendiculaire et le cæcum; l'intervention, faite quatre heures après l'accident, fut suivie de succès.

SCHWARTZ.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS.

Séance de décembre 1900. — PRÉSIDENCE DE M. YVES GUYOT.

M. VOLKOV présente une riche collection d'objets ethnographiques qui sont offerts par les chefs de différentes sections de l'exposition russe, MM. Philippof, Nikolaiewski, et une exposante, Mme Gromoff. Le don de celle-ci consiste en défenses de mammouth. Dans le nord de la Siberie, à l'embouchure des fleuves, des restes de cette espèce disparue, l'eléphant quaternaire à fourrure, sont recueillis en assez grand nombre. Et, tel est l'état de conservation de ces restes dans les glaces que l'ivoire des defenses est l'objet d'une exploitation régulière [illegible] seulement de son grand intérêt paléontologique. le don de Mme Gromoff a donc une valeur commerciale. Il est impossible d'énumerer tous les autres dons. Mais parmi les plus curieux, il faut citer : un modele très exact d'un village des Khevsours (Caucase), qu'il est possible de considérer comme le type ordinaire des villages caucasiens; des vases en pâte de grains de coton venant du Turkestan. Ces vases ont l'aspect de nos grands vases en grès et sont d'une légèreté incomparable.

La pate de papier elle-même ne donnerait pas des vases aussi légers et n'offrirait peut-etre ni la même résistance, ni la meme imperméabilité. Cette fabrication originale nous était jusqu'ici inconnue, des échantillons d'écorce de bouleau travaillée, des modèles de tissus d'écorce, etc., provenant de la Russie du nord. Le bouleau est pour ces régions septentrionales et pour la Sibérie, un arbre d'une importance écono-

mique inappréciable, puisqu'il fournit ou peut fournir à tout, même à une partie de la nourriture. Tous les ustensiles de ménage, ou presque tous, sceaux, vases à boire, cuillers, sont fabriqués avec son bois, chez tous les Finnois en particulier. Leur métier à tourner est encore d'une grande simplicité. Ce qu'il y a en ceci de plus intéressant, c'est que l'usage de tissus d'écorce se soit conservé jusqu'à nos jours en Russie. Cet usage est primitif et est encore très répandu chez des peuplades barbares, en particulier en Afrique. Mais en Russie, il y a longtemps qu'il a à lutter contre le lin dont la culture est très répandue, et contre les cotonnades dont il y a de considérables fabriques, contre le cuir. On fait des courroies, des traits pour les chevaux, des harnais en fibres d'écorce tressées. Et ce sont des pièces qui doivent avoir de la durée et une solidité à toute épreuve. Beaucoup d'autres objets de provenance très variée et d'un usage curieux ou peu connu, mériteraient quelques descriptions. De vifs remerciments sont adressés à leurs donateurs et à M. Volkov, qui a été un intermédiaire plein de zèle désintéressé.

M. HERVÉ donne lecture d'un humoristique dialogue sur le criminel-né et le libre arbitre. Ce dialogue, tout en faisant toucher du doigt la contradiction fondamentale de la théorie du libre arbitre, ne change rien à notre position vis-à-vis de ce grand postulat, condition, non seulement de toute théorie des peines, mais de la vie morale et sociale elle-même.

M. A. DE MORTILLET offre et analyse une brochure de M. Loir, sur la pratique de la circoncision à Tunis. Les descriptions de M. Loir sont un document intéressant, mais elles ne nous apprennent rien que nous ne sachions déjà. Elles auraient été certainement plus utiles si M. Loir avait, au préalable, pris connaissance des travaux publiés sur la circoncision, et en particulier, de ceux si décisifs de M. ZABOBOWSKI.

M. GARNAUD, dans une note préalable, aborde justement ce même sujet de la circoncision. Il se propose, en particulier, de suivre l'évolution religieuse de cette pratique en Egypte et chez les Hébreux.

M. A. DE MORTILLET décrit toute une série de pièces paléothiques et néolithiques provenant de fouilles de M. J. Issel, en Ligurie, et dont les moulages sont offerts. Il y a parmi elles une mâchoire humaine, une mâchoire du *cuon*, le précurseur quaternaire du chien, de curieux petits vases ronds, des *pintaderas*, véritables cachets en argile qui servaient à imprimer des dessins, des lignes ornementales sur la peau, etc.

Un récent travail de Paterson paru *in Journal of anatomy and Physiology* sur les premiers stades du développement et l'ossification du sternum chez l'homme et les mammifères, a déterminé M. ANTHONY à exposer quelques considérations originales sur la morphologie de cet os.

Deux choses principales sont à retenir de la communication de M. ANTHONY.

1° D'après Paterson, la première ébauche du sternum consisterait en une bande de tissu mésenchymateux, impaire et médiane, se divisant secondairement en deux parties, origines des hémisternums dont la cartilaginisation se ferait ensuite. Le développement de l'os se ferait alors de la façon que l'on sait. Toutefois, la division de la bande mésenchymateuse précitée s'arrêterait, chez l'homme du moins, au niveau de la deuxième articulation costo-sternale.

M. Anthony voit dans ce fait la justification du choix qu'il avait fait en prenant la base du manubrium comme lieu de mensuration du sternum pour l'établissement de l'indice sternal dans la série des mammifères. C'est en effet le seul point où le sternum n'est influencé par aucune cause étrangère à la cage thoracique elle-même : en haut, ce sont les clavicules qui l'élargissent; en bas, ce sont les organes splanchniques (foie et estomac) remontant jusque dans le thorax ; au milieu enfin, c'est le cœur dont l'apparition n'est probablement pas étrangère à la division de la bande mésenchymateuse primordiale. La seule region indépendante et vraiment immuable au point de vue embryologique est donc, comme l'avait déjà jugé M. Anthony en 1898, ne se basant que sur l'anatomie comparée, la région correspondant au deuxième arc costal.

2° Paterson n'a jamais constaté chez l'homme la présence de noyau d'ossification dans la sternèbre située entre les arcs costaux 6 et 7. Il suppose que cette portion du sternum s'ossifie par extension du point d'ossification de la sternèbre située au-dessus. M. Anthony non plus, de son côté, n'a jamais rencontré chez l'homme de point d'ossification dans cette sternèbre, mais il estime néanmoins qu'elle a son existence propre ; d'ailleurs, dans un cas anormal, Otto, en 1836, y a constaté la présence d'un point d'ossification. Ce point, M. Anthony l'a retrouvé chez certains animaux à sternum plus étroit, tels que certains Rongeurs, les Carnassiers, les Lémuriens et les singes inférieurs. Toutefois ces animaux ne présentent pas, à l'état adulte, ces noyaux d'une façon constante; la seule chose constante est le raccourcissement chez eux de la dernière sternèbre du mésosternum par rapport aux autres. Cette dernière sternèbre contient ou ne contient pas de noyau d'ossification; dans certains cas, la paire de côtes sternales qui y correspond s'arrête avant de l'atteindre ou passe nettement en avant d'elle. Dans ces dispositions, M. Anthony voit les manifestations d'une évolution régressive de la partie inférieure du sternum dont les différents stades se voient particulièrement nettement dans le groupe des Mustélidés. Z.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 26 décembre 1900. — PRÉSIDENCE DE M. HUET.

M. GRANJUX. — *L'hygiène dans les locaux disciplinaires.* — L'auteur insiste sur le manque d'hygiène, d'aération de la salle de police régimentaire, et montre combien, par contre, l'hygiène est bien installée dans les prisons qui présentent de véritables cellules idéales Cette mauvaise hygiène entraîne une morbidité exagérée des troupes. Depuis 10 ans l'autorité militaire a construit des locaux disciplinaires plus hygiéniques; il n'y a plus de baquet, mais des tinettes; le lit de camp est démontable. Mais il existe encore un grand nombre de casernes où l'hygiène n'a pas été respectée.

Election pour le renouvellement du bureau et du Conseil d'Administration.

Sont nommés : PRÉSIDENT, M. Brouardel; vice-président, Budin, Huet, Richard et Thuillier; secrétaire général, A.-J. Martin ; secrétaires, Darras, Deschamps, Garnier, Riehou.

La Société étudie la proposition de fusion faite par la Société des Ingénieurs et Architectes sanitaires de France. La nouvelle Société prendra le nom de Société d'Hygiène publique et de génie sanitaire. MARTHA.

THÉRAPEUTIQUE

Les propriétés thérapeutiques de l'Hélénine.

Le Dr de Korab a exposé dès 1882, à la Société de Biologie, les propriétés de l'Hélénine, principe actif de l'Aunée (*Inula Helenium*), synanthérée que Pline, Dioscorides et Galien avaient déjà rendue célèbre.

M. de Korab a complété ses recherches dans une note à l'Académie des Sciences (4 sept. 1882) et dans une communication au Congrès de Thérapeutique de 1889 (3 août). Il a démontré qu'au point de vue physiologique, ce principe est un modérateur des réflexes et de la nutrition, un important agent eupeptique, un modificateur puissant du tissu des bronches et du système glandulaire en général. Des recherches plus récentes ont établi son action antibacillaire et son influence cicatrisante. L'emploi des globules, du sirop et du tonique à base d'hélénine de Korab ont vérifié en clinique les données précieuses de la physiologie. Les globules du Dr de Korab calment la toux, même lorsqu'elle se manifeste sous forme de quintes rebelles. Ils modifient et tarissent l'expectoration (asthme, emphysème, bronchites chroniques), améliorent les bronchites des tuberculeux. L'hélénine de Korab a, en outre, la précieuse propriété pour ces derniers malades d'exciter l'appétit et de faciliter la digestion (Hamonic et Parisot ont démontré la valeur de l'hélénine dans les leucorrhées. L'administration de l'hélénine de Korab en tonique au Malaga,

supprimant la leucorrhée et améliorant les fonctions digestives, est donc très indiquée dans le traitement de la chloro-anémie. On peut donc conclure que l'Hélénine de Korab, extraite avec le plus grand soin du camphre ou essence d'Aunée, est un agent thérapeutique de premier ordre, capable de rendre les plus grands services aux praticiens.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Rédacteur spécial : M. le Dr PAUL-BONCOUR

I. — Rachitisme en Russie ; par le Dr Joukovsky. (Saint-Pétersbourg. 1900, Imprimerie de la Société « Narodnaia Volza ».

I. — L'Auteur donne quelques détails sur la fréquence du rachitisme sur ses causes, sur sa répartition. Il passe ensuite en revue les principaux travaux qui ont trait à cette maladie. Mais ce qui constitue la partie intéressante de ce livre, c'est une longue suite de gravures illustrant la maladie. Toutes les monstruosités qui y sont représentées se rapportent surtout aux formes graves. A ceux qui désirent se rendre compte des variétés de déformations que peut produire cette maladie, on peut recommander cette galerie fort complète. Les figures sont rangées dans un ordre rationnel. Les variétés de déformations craniennes sont groupées en Dolichocéphales, Brachycéphales, Macrocéphales et Microcéphales. Il y a quelques figures représentant le rachitisme des dents et des mâchoires. Le rachitisme de la poitrine est accompagné en outre de diagrammes du thorax. Enfin, une longue série représente les déformations des membres. Il y a six cas de rachitisme familial : mais les figures ne sont pas accompagnées d'explications suffisantes pour élucider cette question.

II. — Etiologie du spasme nutant chez les enfants ; par le Dr Thomson. (*The Scottish Medical and Surgical Journal*, juillet 1900.)

II. — L'Auteur entre dans quelques considérations sur l'historique, la dénomination exacte, et les symptômes les plus habituels de cette affection dont il rapporte quelques cas. Après quoi il insiste sur des faits qu'il croit devoir plus particulièrement signaler. Le spasme atteint surtout le sexe féminin et les personnes prédisposées aux maladies nerveuses. Bien que l'intelligence puisse rester normale, les enfants sont souvent idiots. On a incriminé la sortie des dents ; bien que le fait ne puisse être généralisé, d'après un certain nombre de cas il est indiscutable. Un phénomène semble se montrer avec une fréquence relativement très grande dans l'étiologie de cette affection : c'est le manque de lumière dans les maisons. L'enquête à laquelle s'est livré l'auteur à ce sujet est démonstrative. De même c'est en hiver (Décembre et Janvier) qu'apparait la maladie. En terminant, le Dr Thomson cherche à établir les rapports qui existent entre le spasme nutant et le rachitisme et conclut que cette dernière affection est une cause prédisposante fort importante.

III. — Neuf cas de maladies du cœur d'origine congénitale, par Thomson. Extrait de *Edimburgh Hospital Reports*, 1900.

III. — L'histoire de chaque malade est très complète et la description des lésions a été faite soigneusement par M. Drummond. Des remarques accompagnent chacun des cas et en montrent les particularités. Il y a de très belles photographies jointes au texte.

IV. — Che Cosa é l'éducazione fisica ; par le Dr Théodore Gatti. (Spezzia 1900.)

IV. — Dans cet ouvrage, extrêmement étudié, le Dr Gatti nous donne des aperçus nouveaux sur l'éducation physique ; il indique quelle doit en être la nature, quelle doit en être la direction. Pour cela s'appuyant sur l'évolution, sur les rapports étroits du physique et du moral, constatant l'unité de la nature humaine, il ne veut pas que les éducations physiques et intellectuelles soient nettement séparées et indépendantes l'une de l'autre. L'éducation doit être *harmonique*, c'est la seule qui puisse donner le maximum de félicité à l'homme et soit susceptible d'apporter un perfectionnement à l'état social. C'est aussi l'éducation conforme à la Science moderne. Après ces aperçus théoriques, l'auteur explique comment il comprend la gymnastique ; pour cela il montre le besoin de mouvement très développé chez les peuples primitifs, les procédés utilisés dans l'antiquité, son importance en Grèce, l'influence des religions sur ses transformations, etc., etc. Le tout se termine par une description claire de ce que doit être la gymnastique médicale. Il est impossible d'analyser ce livre de façon à montrer la diversité des questions qui y sont traitées. L'auteur entre dans des considérations philosophiques, anthropologiques, historiques et sociales qui, loin d'obscurcir le sujet, y ajoutent un intérêt puissant, militent en faveur de la thèse de l'éducation harmonique et attestent la supériorité qu'elle donnerait à un peuple qui l'adopterait sans réserves.

V. — Sur le Massage ; par le Dr Gatti. (Extrait des *Annales de médecine navale*. (Spezzia, 1900.)

V. — Fidèle à sa conception de l'importance de l'exercice du corps sur l'état général des individus, le Dr Gatti indique dans cet extrait comment il désire que le massage soit pratiqué. Il constate, en premier lieu, que cette façon de procéder n'est pas née sous l'influence des raisonnements ; elle est naturelle aux animaux et à l'homme qui pratiquent instinctivement le massage. Le besoin que chacun éprouve de se frotter les yeux au réveil, de s'étirer, de se laver avec de l'eau, est purement instinctif : les yeux sont appesantis, congestionnés, les paupières sont lourdes, les muscles ont une circulation qui doit être activée. On pourrait multiplier les exemples. Quoi qu'il en soit, il y a un intérêt à régler le massage et à le faire scientifiquement, soit comme hygiène, soit comme moyen thérapeutique.

Après ce préambule, le Dr Gatti indique les procédés qui doivent être employés, leur technique et leurs indications précises. Il termine en donnant un certain nombre de cas où souvent le massage n'est pas employé et où il a obtenu, grâce à ce procédé, des succès évidents.

VI. — Comment on défend ses enfants. La lutte contre leurs maladies ; par le Dr Georges Petit. (Paris, Société des éditions scientifiques, 1900.)

VI. — Cette brochure est destinée, ainsi que le déclare son auteur, à apprendre à chacun ce que tout le monde doit savoir. L'enfant est entouré de dangers et le but de ses parents et de son entourage est d'éviter les maladies contagieuses d'une part, de le mettre dans des conditions excellentes d'hygiène d'autre part. En observant un certain nombre de règles que renferme le petit livre, on peut arriver à combattre et à éloigner les dangers qui menacent le nouveau-né et les enfants. C'est dire qu'on peut lire des conseils sur l'allaitement, ses modes, sa direction, sur la nourrice, sur la dentition, etc. Un chapitre s'occupe des maladies contagieuses et transmissibles, un autre des maladies héréditaires. Il existe aussi, à la fin de ce volume, quelques considérations sur l'hygiène scolaire et les dangers du tabac.

VII. — Tumeurs blanches chez l'enfant ; par Phocas et Boeldieu. (Maloine, 1900.)

VII. — En face des discussions sans nombre que suscitent les procédés opératoires et les méthodes suivies, les auteurs ont pensé qu'il y avait un inconvénient à être exclusif, et que pour prendre dans l'avenir une décision, le mieux était de considerer ce qu'avait donné le passé. Ils présentent donc, à cet effet, une statistique raisonnée et loyale de ce qu'ils ont fait et c'est sur elle qu'ils se basent pour tirer des conclusions qui, ils l'avouent, sont souvent à l'encontre des idées reçues. Après une étude anatomo-pathologique à laquelle la radiographie donne un intérêt plus spécial, ils arrivent à la partie clinique et à la partie thérapeutique, la plus importante. Ce qui donne une valeur incontestable aux règles qui vont suivre : c'est que toute affirmation ne vient qu'après l'exposé des résultats. La théorie s'appuie sur la pratique. Comparant entre eux les cas où les enfants n'ont subi aucun traitement, ceux où l'on a employé un traitement conservateur, et ceux enfin où les procédés sanglants ont été appliqués ; ils constatent que le taux des enfants non guéris, après une

opération, est beaucoup inférieur à celui des enfants traités seulement par des méthodes conservatrices.

Une autre face de la question est envisagée: les résultats obtenus par les procédés conservateurs sont-ils supérieurs à ceux que donne l'intervention sanglante? Après l'exposé des cas on voit facilement qu'il existe un excédent de guérisons en faveur de l'intervention sanglante. De même on s'aperçoit que les déformations succédant aux méthodes sanglantes sont moins fréquentes et moins accentuées, on comprend qu'avec cette façon de procéder, les conclusions des auteurs s'imposent et ne peuvent être mises en doute. Ils ont fouillé tous les coins de la question, et si toutes les opinions pouvaient apporter des documents comme ceux de MM. Phocas et Boeldieu, elles se modifieraient probablement. Signalons un dernier fait qui peut servir de conclusion générale. Les résultats éloignés permettent de tirer des indications sur le traitement à employer : aussi est-il sage de ne pas préconiser un seul mode de traitement, chaque cas nécessitant un procédé spécial. C'est dans ce but qu'on trouve indiqué les déterminations qui doivent être prises en face d'une tumeur blanche au début, en face d'une tumeur blanche suppurée avec attitudes vicieuses ou non, etc. Aussi les auteurs affirment, en finissant, que malgré leur propension à préférer l'intervention sanglante, ils ne sont ennemis ni de la conservation, ni des mobilisations graduelles. C'est une conclusion sage et dont il faut les féliciter.

Tous les Abonnés du Progrès Médical *peuvent consulter les journaux de médecine, français et étrangers, reçus en échange, en prévenant deux jours à l'avance, tous les jours de 3 à 6 heures.*

VARIA

Voitures automobiles et médecins

Tout médecin ayant une nombreuse clientèle n'a pas été sans se plaindre souvent des difficultés des communications, et de la perte considérable de temps qu'elles entraînent.

Quand dans l'espace de deux heures, un médecin, même très actif, a visité trois ou quatre malades, il a atteint la limite de son action, et souvent il a été contraint de remettre l'examen de tel ou tel malade au lendemain. Même avec une voiture à lui, un médecin n'a pas toute satisfaction, la voiture n'est pas prête et il faut le temps d'atteler, ou bien le cheval vient de rentrer fatigué, n'a pas eu le temps de manger ; enfin, très souvent, malgré sa voiture personnelle, le médecin est obligé d'avoir recours aux voitures publiques, qui sont loin de donner pleine satisfaction tout en étant fort coûteuses. Si, pour obvier à une partie de ces inconvénients, le medecin a deux chevaux ou plus, cela entraine des frais considérables.

Aujourd'hui, un médecin n'a plus à avoir souci de ses déplacements, grâce aux voitures automobiles. Avec la voiture automobile, tous les inconvénients du cheval sont supprimés; toujours prête à fonctionner, en trois minutes elle démarre, sa rapidité, même modérée est plus grande que celle du cheval, en raison de la constance de sa force et de sa grande mobilité qui lui assure le passage rapide dans les endroits difficiles et et encombrés; de plus, elle n'a pas besoin de repos et peut marcher sans arrêt aussi longtemps qu'il est nécessaire. De si nombreux avantages l'auraient fait adopter déjà par un grand nombre de docteurs, si, jusque dans ces dernières années, le prix élevé de ces voitures et l'entretien coûteux qu'entraînait leur imperfection, n'en avait pour ainsi dire prohibé l'usage regulier et sûr. Mais ce qui était vrai il n'y a que quelques années n'est plus vrai aujourd hui, les voitures automobiles étant d'un prix moins élevé et leur système suffisamment perfectionné pour supprimer toute inquiétude. Si bien que leur usage est moins coûteux que celui d'une voiture et d'un cheval.

Voyons ce que coute chacun des deux systèmes :

Premier établissement.

CE QUE COUTE UNE VOITURE ET UN CHEVAL.		CE QUE COUTE UNE VOITURE AUTOMOBILE.	
Cheval	1.200 fr.	Voiture automobile système Bardon	8.500 fr.
Voiture	1.500	Outillage et agencement	100
Harnais et divers	500		
Agencement de l'écurie et ustensiles	300		
Total	3.500	Total	8.600

Entretien par an.

Écurie et remise	1.200 fr.	Remise	600 fr.
Cocher	2.400	Mécanicien	2.400
Nourriture et entretien du cheval comptés à 6 fr. par jour	2.100	Consommation d'essence, environ 3 francs par jour	1.200
		Pneumatiques, entretien de la voiture, environ 50 francs par mois	600
Total	5.700	Total	4.800
Amortissement en 5 ans des frais du 1er établissement	700	Amortissement à 10 0/0 des frais du 1er établissement	860
Prix de revient par an	6.400	Prix de revient par an	5.660

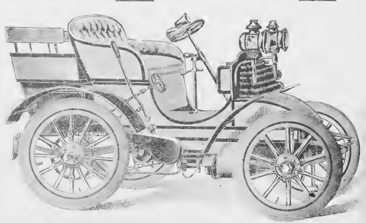


Fig. 1. — Voiture avec caisse à touristes. Prix : **8.000** fr.



Fig. 2. — [illegible] Prix **8 500** fr.

Ces chiffres sont probants, le prix de revient de la voiture à cheval a même été compté très économiquement, puisqu'une voiture louée au mois est payée 650 ou 700 francs pour un seul mois. La voiture automobile a donc l'avantage de la régularité, de la constance et de l'économie, mais il faut une voiture bien construite et irréprochable à tous points de vue : la Société d'automobiles et de traction (voiture système Bardon) nous offre cette voiture.

Les deux gravures ci-contre nous montrent deux types spé-

cialement construits pour messieurs les Médecins et capables de leur donner entière satisfaction pour effectuer les déplacements rapides, inopinés et journaliers auxquels ils sont astreints.

Dans ces voitures, d'une manœuvre et d'un entretien faciles, toutes les dispositions sont prises pour éviter les trépidations soit à l'arrêt, soit en marche. Les organes sont parfaitement équilibrés et le centre de gravité n'est pas déplacé par le mouvement des pistons, ce qui donne à la voiture une grande stabilité. Le rendement est d'ailleurs très élevé, et l'ensemble, permettant d'affronter toutes les côtes, assure à la voiture une allure rapide et régulière. La maison Bardon a obtenu pour cette voiture un grand nombre de récompenses qui attirent l'attention du public sur les réelles perfections du système (1). Voilà donc la voiture du médecin, le moyen économique, rapide et sûr de faciliter ses déplacements professionnels et de l'aider dans l'accomplissement de la belle tâche qui lui incombe, en soulageant l'humanité des maux qui l'affligent. C'est un pas en avant dans la science et un remarquable progrès, il ne faut pas le négliger, la moindre amélioration est d'un prix énorme dans l'exercice des fonctions d'un médecin, et celle-ci n'est pas des moindres. A. ADAM.

Restaurant coopératif des étudiants.

Tous ceux qui comme nous ont, à un moment de leur existence, mal digéré la vache enragée de certains restaurants à vingt-trois sous du quartier latin, s'intéresseront vivement à la circulaire suivante que nous nous faisons un devoir de publier :

Vous n'ignorez pas sans doute combien les conditions de l'existence sont pénibles au *quartier latin* pour les étudiants loin de leur famille, et tous pauvres par définition. Les bons Restaurants du Quartier coûtent cher et ceux qui sont bon marché ne procurent aux étudiants qu'une alimentation généralement peu hygiénique. La plupart des restaurants d'ailleurs sont, en même temps, des cafés, où la consommation des spiritueux est en quelque sorte obligatoire. Voilà pourquoi nous avons résolu de créer au Quartier-Latin, un *Restaurant coopératif*. Déjà les étudiants se réjouissent à la pensée de prendre leurs repas dans leur propre restaurant, d'être chez eux. Mais pour cela, il leur faut des capitaux; une somme de 30.000 francs serait nécessaire. Une partie sera fournie par les étudiants eux-mêmes, qui seront en même temps actionnaires et clients du restaurant. Nous comptons sur l'esprit de solidarité de tous les pères de famille qui ont été étudiants et dont les fils seront étudiants, pour nous aider dans notre œuvre sociale. C'est bien d'une entreprise *coopérative* qu'il s'agit et non, cela va sans dire, d'une spéculation. Les actions que nous vous proposons ne pourront augmenter de valeur ; elles ne rapporteront jamais plus de 4 0/0 aux actionnaires qui ne seront pas les clients du *Restaurant coopératif du Quartier Latin*. Mais nous croyons pouvoir dire que si le profit à attendre est limité, les risques à courir sont très limités aussi, et que ce placement offre au moins autant de garanties que beaucoup d'autres qui encombrent les journaux financiers.

Le Conseil d'administration provisoire est composé de M. Charles Gide, professeur à la Faculté de droit de Montpellier, chargé du Cours d'économie sociale à la Faculté de Droit de Paris ; M. Jules Tannery, sous-directeur des Etudes scientifiques à l'Ecole normale supérieure ; et de M. Henri Hayem, Licencié ès Lettres, étudiant en droit.

Et maintenant bonne chance au Restaurant coopératif du quartier latin. J. N.

La responsabilité de l'Assistance.

Le tribunal civil de la Seine a jugé hier un curieux procès intéressant l'Assistance publique. Une dame Vanucci avait fait, dans un escalier, une chute, elle se blessa assez légèrement, mais son enfant, âgé de quelques mois, qu'elle portait dans ses bras, se fractura la jambe. Elle le porta à l'hôpital des Enfants-Malades, où il fut d'abord soigné pour la fracture. Mais un peu plus tard, le croup se déclarait ; l'enfant fut transporté à la section des diphtériques, et ne tarda pas à succomber. Les parents ont assigné l'Assistance publique en 10.000 francs de dommages-intérêts ; ils lui reprochent la négligence de ses médecins et de ses infirmiers qui a été cause, d'après eux, de la mort de leur enfant.

L'Assistance publique répond que les médecins de ses hôpitaux ne sont pas ses médecins, que le Ministre de l'Intérieur les nomme sans son assentiment. Quant aux infirmiers, ils sont bien ses préposés, mais elle prétend prouver qu'en fait, ils n'ont commis aucune faute. Me Brugnon a plaidé pour les demandeurs ; Me Janneney, pour l'Assistance. Le tribunal a admis la thèse de l'Assistance et a débouté les époux Vanucci. (*Libre Parole*, 15 décembre.)

Alcoolisme et prostitution.

M. Eugène Duras, maire de Cognac, vient de prendre l'arrêté suivant concernant les femmes employées dans les débits de boissons :

Article 1er. — Il est expressément interdit aux cafetiers, cabaretiers et tous autres débitants de boissons, sous quelque titre ou dénomination que ce soit, d'employer aucune fille mineure sans le consentement formel et par écrit, avec légalisation de la signature des père et mère ou tuteur.

Art. 2. — Il leur est également interdit d'employer aucune fille ou femme qui ne soit pas munie d'un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par l'autorité administrative compétente. Ce certificat, dont la date ne devra pas remonter à plus de trois mois, contiendra la mention expresse de l'usage auquel il est destiné. Il devra être renouvelé tous les trois mois à partir de sa date. Il sera représenté à toute réquisition des agents de l'autorité. L'absence du certificat ou le défaut de renouvellement de ladite pièce avant l'expiration du délai réglementaire donnera lieu à des poursuites exercées, tant contre le chef de l'établissement que contre la femme ou fille de service.

Art. 3. — Il est défendu aux filles ou femmes employées dans les établissements dont il s'agit, de s'asseoir à côté des consommateurs, de prendre ou d'accepter aucune consommation. En cas de contravention, des poursuites seront exercées, comme dans le cas de l'article précédent, tant contre le chef de l'établissement que contre la fille ou femme contrevenante.

Art. 4. — Les contraventions au présent arrêté seront constatées par des procès-verbaux et poursuivis conformément aux lois.

Art. 5. — M. le commissaire de police est chargé de l'exécution du présent arrêté. (*L'Indicateur de Cognac*, 14 octobre 1900).

Médecine militaire.

Assez souvent des journaux politiques adressent des critiques aux médecins militaires et leur reprochent d'être négligents ou inattentifs dans l'exercice de leur fonction. *L'Aurore* du 12 novembre écrit ceci :

C'est encore grâce à M. le colonel de Riviers de Mauny, que ses chefs hiérarchiques ne savent pas que, le 10 octobre dernier, un soldat, nommé Robin, mourut à la caserne du 65e de ligne, à Nantes, victime de la médecine militaire. La veille, le malheureux s'était présenté à la visite, en se plaignant de violentes douleurs abdominales et de la fièvre. Le médecin-major ne voulut pas le reconnaître, et lui ordonna simplement de se purger avec du sel de magnésie. Robin était atteint, dit-on, d'une péritonite aiguë. Il remonta dans sa chambrée et se conforma à l'ordonnance du médecin. Ce fut alors pour lui que commença le supplice. Ses douleurs étaient si intenses qu'il se roula toute la nuit dans la chambrée comme une bête fauve. Et le lendemain matin il mourut dans la voiture qui devait le conduire à l'hopital, où l'on s'était enfin (!) décidé à l'envoyer.

En général les faits auxquels nous faisons allusion sont exagérés ou mal interprêtés. Nos confrères de l'Armée ont un moyen très-simple, dans les *cas douteux*, de s'assurer de la réalité de la maladie c'est, nous le répétons, de prendre ou de faire prendre la température centrale des militaires qui se présentent à leur visite. Dr FREEMAN.

La consommation de l'alcool, du vin et du cidre.

Il est intéressant d'indiquer quelle est la consommation moyenne par habitant en 1899 de l'alcool, du vin et du cidre dans les principales villes de France. C'est dans les régions de l'Ouest et du Nord, surtout dans les ports de la Manche et de l'Océan, que l'on boit le plus d'alcool. Au Havre, la consommation de l'alcool par habitant atteint le chiffre énorme de 17 lit. 43 ; à Cherbourg, elle est de 16 lit. 39 ; à Rouen, de 16 lit. 22 ; à Caen, 14 lit. 18 ; à Boulogne-sur-Mer, 13 lit. 45 ; à Amiens, 11 lit. 89 ; à Brest, 11 lit. 47 ; au Mans, 11 lit. 36 ; à Lorient, 10 lit. 65 ; à Calais, 10 lit. 24 ; à Saint-Quentin,

(1) La voiture Bardon vient de remporter un premier prix et une médaille d'or pour le concours à l'alcool, c'est dire que cette voiture fonctionne aussi bien à l'alcool qu'au pétrole.

10 lit. 07. Dans les autres villes, la consommation de l'alcool est inférieure à 10 litres par habitant. A Paris, elle est de 6 lit. 13. Pour la consommation du vin, les grandes villes de France se classent ainsi : Nice, 276 litres par habitant : Saint-Etienne, 260; Boulogne-sur-Seine, 244. Saint-Ouen, 232; Levallois-Perret, 229; Clichy 227; Roanne, 224; Neuilly et Saint-Denis, 223; Toulouse, 220; Angoulême, 212; Paris, 210; Grenoble et Clermont-Ferrand, 200; Bordeaux, 208; Dijon, 195; Montpellier, 193; Versailles, 192; Limoges et Besançon, 185; Troyes, 180; Tours, 179; Lyon, 178.

Enfin, le classement pour la consommation du cidre donne les résultats suivants : Rennes, 444 litres par habitant; Cherbourg, 309; Caen, 245; le Mans, 216; Rouen, 127. (*Le Temps*).

Les préjugés religieux et l'Institut Pasteur des Indes Anglaises.

Les bouddhistes et les antivivisectionnistes font cause commune dans les Indes Anglaises et cette entente a failli empêcher le développement d'une œuvre aussi utile qu'un Institut Pasteur. Nous lisons en effet la correspondance suivante de Calcutta, que les *Débats* empruntent au *Times* :

« CALCUTTA, 17 décembre. — Depuis l'inauguration de l'Institut Pasteur à Kasauli, environ cent personnes, qui avait été mordues par des chiens enragés, y ont été traitées. Pas un seul décès ne s'est produit.

« Cependant, les municipalités ont refusé de lui accorder des secours pécuniaires, l'opinion indigène, surtout parmi les Hindous, d'accord en cela avec les bouddhistes, étant opposée à l'œuvre de l'Institut, croyant à tort qu'on a procédé à des expériences cruelles sur des animaux vivants.

« Des mémoires ont été présentés au gouvernement pour protester contre les secours pécuniaires accordés à l'Institut par le gouvernement, bien que ces secours n'aient pour but que d'éviter aux soldats anglais le voyage à Paris. L'évêque Welldon a fait allusion, hier, à la cathédrale, au cours de son sermon, à l'opposition qui s'était élevée à ce sujet, aussi bien en Angleterre qu'aux Indes. Il a déclaré qu'il avait visité l'Institut de Kasauli où il avait assisté aux opérations qui s'effectuaient dans des conditions auxquelles on ne pouvait rien reprocher. »

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 14. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. (Ch..., Richet, Rémy, André. — 3e *de Doctorat* 1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Segond, Poirier, Varnier. — 5e *de Doctorat* 1re *partie*). Chirurgie : MM. Delens, Reclus, Lejars. — 5e *de Doctorat* (2e *partie* Chirurgie : 1re *série*) MM. Hayem, Landouzy, Mery. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) 2e *série* : MM. Fournier, Gaucher, Teissier.

MARDI 15. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Rémy, Gley, Chassevant. — 3e *de Doct.* (1re *partie*). Oral. A.R. : MM Schwartz, Albarran, Wallich. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*), Chirurgie : MM. Guyon, Quenu, Faure. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) : Proust, Chauffard, Dupré. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). : MM. Raymond, Charrin, Vaquez.

MERCREDI 16. — *Médecine opératoire* A.R. : MM. Delens, Poirier, Legueu — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Reynier, Retterer Legueu. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. MM. Broca (Aug.), Sébileau, Lepage.

JEUDI 17. — *Médecine opératoire* N. R. : MM. Guyon, Campenon, Thiery. — 2e *de Doctorat* 1re *partie*). Oral. : MM. Richelot, Launois, Faure. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral : MM Dentu, Budin, Potier. — 4e *de Doctorat* A. R.: MM. Pouchet, Widal, Thiroloix.

VENDREDI 18. — 1er *de Doctorat*. N. R. : MM. Poirier, Delbet, Sebilleau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie MM Reclus, Lejars, Legueu — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM Brissaud, Gaucher, Wurtz. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstetrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 19. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*). A. R. : MM. Chauffard, Letulle, Roger. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Pouchet, Gilbert, Vaquez. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) Chirurgie : MM. Schwartz, Quenu, Hartmann. — 5e *de Doctorat* 2e *partie* : MM. Debove, Troisier, Roger. — 5e *de Doctorat* 1re *partie*. Obstétrique. : MM. Budin, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 16. — M. Bornay. Bactériologie des complications de la grippe. — M. Mac-Auliffe. La Révolution et les Hôpitaux (années 1789-1790-1791). — M. Mesnard. Traitement par la suture des plaies par instrument tranchant du conduit laryngo-trachéal. — M. Béliard. Essai critique sur le traitement des sinusites maxillaires. — M. C. Sudaka. De l'anastomose musculo-tendineuse dans le traitement de certains pieds-bots paralytiques.

JEUDI 17. — M. Rétéossian. L'acide cacodylique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Chabrol. Contribution à l'étude de l'amputation ostéo-plastique fémoro-rotulienne. (Procédé de Gritti.) — M. Bruder. Contribution à l'étude du stridor laryngé congénital. — M. Robert. De l'épilepsie, consécutive à la trepanation.

Enseignement médical libre.

Clinique ophtalmologique, 5, rue du Cherche-Midi (Carrefour de la Croix-Rouge). — Examen des malades et des démonstrations pratiques tous les jours de 1 heure à 3 heures. Dr E. KŒNIG.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Gustave de BEAUVAIS.

Le Dr Gustave-Achille de BEAUVAIS, qui vient de succomber le 25 decembre 1900, aux suites d'une affection chronique, allait atteindre sa 80e année. C'était une figure médicale intéressante et une notabilité parisienne. Ancien chef de clinique à l'Hotel-Dieu, il devint par la suite médecin en chef à la prison de Mazas, puis de la Santé, et de la Société des Sauveteurs de la Seine. Il était aussi médecin du Théâtre-Français et de l'Opéra-Comique. Il appartenait à plusieurs sociétés savantes, notamment à la Société de Médecine de Paris dont il fut président et à la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques, auxquelles il a laissé différents legs. Vice-président de la Société d'Encouragement au Bien, il s'occupait beaucoup d'œuvres de charité et de bienfaisance.

Décoré à 26 ans, en 1846, pour soins dévoués aux cholériques, il reçut la croix d'Officier en 1871, pour soins donnés aux combattants et plusieurs fois au péril de sa vie. Il fut fait, entre temps, Officier de l'Instruction publique.

Ses publications sont nombreuses : ce sont surtout des travaux présentés aux sociétés savantes sous forme de communications. Nous citerons notamment un travail de 1874 intitulé : *De la balanite, de la balanoposthite parasitaire et du phimosis symptomatiques du diabète*, où il apporta un nouveau signe pour la symptomatologie du diabète; *Varices traumatiques des parois abdominales*, *Hydrophobie passagère dans la coqueluche*, *Projectiles dans la tête chez deux criminels ayant tenté de se suicider*. *Epreuves radiographiques*, etc., etc. Le Dr de Beauvais était un praticien très estimé et jouissant d'une réputation méritée; il laisse le souvenir d'un homme consciencieux et bon, toujours prêt à se dévouer. Le spectacle de ces vies bien remplies réconforte et console en cette fin de siècle toute d'égoïsme. Dr F. BURET.

FORMULES

I. — Contre l'impetigo.

Iodure d'arsenic.	0 gr. 20 centig.
Biiodure de mercure	0 gr. 40 —
Iodure de potassium.	4 grammes
Eau distillée.	125 —

De V à X gouttes de 1 an à 4 ans et X à XV gouttes de 4 à 10 ans, 2 fois par jour et aux repas. (Donovan.)

II. — Collodion cristalline.

Fulmicoton	5 grammes.
Alcool méthylique pur	20 —
Acetate d'amyle pur	75 —

(E. Thibault, cité par Crinon.)

III. — Contre la bronchite.

Essence de thym	aâ 10 grammes.
— d'eucalyptus	
— de térébenthine	
Alcool rectifié	aâ 250 —
Eau	

En vaporisation dans le voisinage du lit du malade. (Marfan.)

IV. — Contre l'anémie paludéenne.

Chlorhydrate de quinine	2 grammes
Teinture de quassia amara	àà 4 —
— de quinquina	
Liqueur de Fowler	2 —
Sirop de fleurs d'oranger	40 —
Eau	150 —

Deux cuillerées à soupe par jour aux repas. (Klein.)

Le *Progrès Médical* publiera toujours avec plaisir les observations que ses lecteurs croiront devoir lui faire sur les formules en usage et les nouvelles formules qu'ils auront expérimentées et voudront bien lui adresser.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 23 déc. au samedi 29 déc. 1900, les naissances ont été au nombre de 1164 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 443, illégitimes, 166 Total, 609 — *Sexe féminin* : légitimes, 391, illégitimes, 164. Total, 555

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511 629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 23 déc. au samedi 29 déc. 1900, les décès ont été au nombre de 858, savoir : 440 hommes et 418 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 2. T. 7. — Typhus : M. 0, F 0. T. 0. — Variole : M. 8, F. 6, T. 14 — Rougeole : M. 2. F. 5, T. 7. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2 — Coqueluche : M. 1, F. 0, T. 1. Diphtérie. Croup : M. 5, F. 5, T. 10. — Grippe : M. 1, F. 0, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 90, F. 81, T. 171. — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 11, T. 18 — Autres tuberculoses : M. 15, F. 16, T. 31. — Tumeurs cancéreuses : M. 22, F. 29, T. 51. — Tumeurs autres : M. 0, F. 3, T. 3. — Méningite simple : M. 17, F. 20, T. 37. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 7, F. 10, T. 17. — Paralysie, M. 3 F. 1, T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 23, F. 33, T 56. — Maladies organiques du cœur : M. 12, F. 10, T 22. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 19, T. 29. — Bronchite chronique : M. 27, F. 18, T. 45. — Broncho-pneumonie : M. 23, F. 8, T. 31. — Pneumonie : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 18, F. 21, T. 39. — Gastro-entérite, biberon : M. 8, F. 5, T. 13. — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 3, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 0. T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 0, T. 3. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T 1 — Débilité congénitale : M. 20, F. 10, T. 30. — Sénilité : M. 13, F. 22, T. 35 Suicides : M. 4, F. 1, T. 5. — Autres morts violentes : M. 7, F. 0, T. 7. — Autres causes de mort : M. 69, F. 65, T. 134. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 1, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 62, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 12 Total : 35. — *Sexe féminin* : légitimes, 16, illégitimes, 11. Total : 27

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le Pr Mairet est nommé, pour une période de trois ans, doyen de ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. le Dr L. Spillmann est nommé chef de clinique médicale et M. le Dr G. Gross, chef de clinique chirurgicale.

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. le Dr Decamps, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie médicale pendant la durée du congé accordé à M. Trepant (année scolaire 1900-1901).

ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — Un concours s'ouvrira, le [illegible] novembre 1901, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de Médecine d'Angers.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le Dr Oddo, suppléant, est chargé, pendant l'année scolaire 1900-1901, d'un cours de pathologie médicale et de pathologie générale.

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Un concours s'ouvrira, le 10 juin 1901, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de Médecine de Rouen.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Pasquier, suppléant, est chargé, jusqu'au 30 octobre 1904, d'un cours de pharmacie et matière médicale.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES. — *Concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.* — Les professeurs suppléants sont nommés pour neuf ans, leur traitement annuel est de 2 000 francs; ils sont chargés, s'il y a lieu, de remplacer les professeurs titulaires, ils prennent, en outre, une part active à l'enseignement et font des cours supplémentaires. Par arrêté ministériel en date du 28 juillet 1900, un concours sera ouvert devant la Faculté de Médecine de Paris, le 8 juillet 1901, pour un emploi de professeur suppléant de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Rennes.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Un service de clinique est annexé à la chaire des maladies des pays chauds et M. Brault, professeur, est chargé de la direction de ce service.

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — Un concours s'ouvrira, le [illegible]0 juin 1901. devant la Faculté de Médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de Clermont.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Un concours s'ouvrira, le 24 juin 1901, devant la Faculté de Médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Médecine de Reims.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le Dr P.-A. Lop est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours complémentaire d'accouchements et de clinique obstétricale.

LIGUE NATIONALE CONTRE L'ALCOOLISME. — Le bureau de la Ligue nationale contre l'alcoolisme (*Société française de tempérance*) pour 1901 est composé de la façon suivante : *Président* : M. le Dr Gouraud; *Vice-Président* : MM. le Dr Audigé, Gaufrès, Dr Jacquet. Jules Siegfried; *Secrétaire général* : M. le Dr Emile Philbert; *Secrétaires généraux adjoints* : MM. Riemai, Dr Rœser, *Secrétaires des séances* : MM. Duchesne-Fournet, Sanguier-Lachaud; *Trésorier* : M. Bartaumier; *Bibliothécaire-archiviste* : M. le Dr Cruet.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie* : Symptômes et diagnostic des calculs vésicaux. Phimosis et paraphimosis. — *Anatomie* : Rapports de l'estomac.

ASILE D'ALIÉNÉS. — On nous annonce que, par arrêté préfectoral, M. le Dr Pélissier, médecin adjoint par intérim à l'asile de Montdevergnes (Vaucluse), a été nommé médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Pierrefeu. (*Petit Var.*)

SORCIER CONDAMNÉ. — La femme Huvé, journalière à Trouville, ayant des attaques de fièvre intermittente, se figurait que c'était l'un de ses voisins qui lui avait jeté un sort. Elle fut trouver Michel Batard, 70 ans, ancien ouvrier de fabrique à Lisieux, qui passe pour être sorcier. Pas tant que ça, comme vous allez voir. Batard commença par se faire remettre 10 francs par la femme Huvé pour des épingles qu'il piqua avec des clous de girofle sur une pelote en forme de cœur. Puis il dit à la naïve journalière : « Votre mal va disparaître en moins de vingt-quatre heures, car votre ennemi vient d'être piqué au cœur. » Ce fut tout le contraire. Le regret d'avoir donné ses 40 francs, augmenta à ce point les douleurs de la pauvre femme, qu'elle fut les confier au commissaire qui dressa procès-verbal. Notre sorcier, sachant bien qu'il ne se tirerait pas facilement des griffes de la justice, n'a pas reparu. Il a été condamné par défaut à trois mois de prison. (*Le Bonhomme Normand*.)

INCINÉRATION — On sait l'opposition faite par le clergé catholique à la crémation en se basant sur les instructions du pape, il en est ainsi en Europe. il n'en est pas de même en Chine. Si nous en croyons l'extrait d'une lettre insérée dans le *Peuple*, de Lyon : *On brûlait les morts*. Les missionnaires faisaient répandre par des boys de l'huile sur les cadavres. On allumait des pétards à côté et les cadavres brûlaient.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin aide-major de 2e classe Fache, du 127e régiment d'infanterie, a été promu au grade de médecin aide-major de 1re classe, pour prendre rang le 16 décembre 1900, et maintenu à son poste actuel. — A été promu médecin inspecteur le médecin principal de 1re classe Strauss, adjoint au directeur du service de santé au Ministère de la Guerre.

PRIX GEORGES APOSTOLI. — L'Académie de Médecine est autorisée à accepter, aux clauses et conditions imposées, le legs d'une somme de 20.000 francs, fait à son profit par le Dr G. Apostoli, dont les arrérages sont affectés à la fondation d'un prix annuel (*Prix Georges Apostoli*) qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'électrothérapie.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Une médaille de bronze a été décernée à MM. les Drs Endnitz, Fournol, Seguel et Yvon (de Paris ; Fesquet (de Sumène).

ERRATUM. — Dans le *Progrès Médical*, n° 52, du 29 décembre 1900, au compte rendu de la *Société de Médecine de Paris*, page 504, à la première colonne lire *Mosso* au lieu de Mossa, *Jourdanet* au lieu de Sourdannet, et à la première colonne de la page 505, lire *Jacottet* au lieu de Sacottet.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr ROBERT (de Sisteron), député des Basses-Alpes. — M. ALAZARD étudiant en médecine, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. MALOINE, 23, rue de l'École-de-Médecine.

BAROUX. — L'eau oxygénée en évaporaton contre la coqueluche; son efficacité. Brochure in-8 de 51 pages

FOURNEL (Ch.). — Cure radicale opératoire de la hernie inguinale avec un nouveau procédé. Volume in-8 carré de 105 pages, avec 22 figures — Prix . . . . . . 2 fr. 50

GARNIER (M.) et DELAMARE (V.). — Dictionnaire des termes techniques de médecine, avec une préface de ROGER (G.-H.). Volume in 18 de 410 pages. — Prix. . . . . 5 fr.

LEPRINCE (A.). — Année ophtalmologique (1898-1899), avec une preface par H. Truc. Volume in-18 de VIII-302 pages. — Prix . . . . 4 fr.

LUTAUD (A.). — Manuel complet de gynécologie médicale et chirurgicale. Nouvelle édition complètement refondue, contenant la technique opératoire complète. Volume in-8 de 730 pages, avec 607 figures. — Prix . . . . 20 fr.

MORICE. — Memento de médecine thermale à l'usage des praticiens. Volume in-8 cartonné de 242 pages. — Prix . . 4 fr.

PHOCAS et BOELDIEU.— Tumeur blanche du genou chez l'enfant. Volume in-8 de 192 pages, avec 4 planches hors texte

ROLLAND (E.). — Comment on préserve l'œil du liseur de la myopie, de ses progrès, de ses complications. Brochure in-8 de 48 pages, avec 4 figures dans le texte. Prix. . . . . 1 fr. 25

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

BOUVET (G.). — Les adénopathies tuberculeuses chirurgicales (études pathogéniques de quelques points de diagnostic). Volume in-8 de 119 pages, avec 4 planches.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES, 4, rue Antoine-Dubois.

BRA. — Le cancer et son parasite (action thérapeutique des produits solubles de champignon). In-8 de 150 pages, avec 28 figures. — Prix . . . . 5 fr.

CROCQ. — L'hypnotisme scientifique, avec une introduction, par le Pr Pitres. 2e edition, revue et augmentée. In-8 de 650 pages, avec 51 figures dans le texte. — Prix. . . . . . . 15 fr.

DHEUR (P.). — Comment on se défend de la migraine et du mal de tête Volume in-16 de 44 pages. — Prix. . . . . . 1 fr.

DHEUR (P.). — Les amoureux de la douleur. Algophilie. — Douleur et plaisir. — Perversions sexuelles. In-18 de 98 pages. — Prix. . . . . 2 fr.

GRASSET. — Le transformisme médical. L'évolution physiologique (thérapeutique rationnelle). In 18 de 552 p. — Prix. 6 fr.

MATHOT. — Les fumisteries à la salle de garde. Dessins de Collombar. In-18 de 225 pages. — Prix . . . . . 5 fr.

TONDEUR. — Recits de la vie médicale. In-18 de 200 pages. — Prix. . . . . 3 fr.

Chronique des Hôpitaux.

HÔTEL-DIEU. — M. le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Leçons de clinique chirurgicale, le jeudi a 10 heures. Opérations avant la leçon. — Opérations abdominales le mardi. Visite dans les salles, le mercredi, salle Saint-Cosme (hernies), et le samedi, salle Sainte-Marthe (femmes). Massage, par le Dr DAGRON, le mardi et le vendredi.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. HALLOPEAU : samedi à 10 heures du matin, salle Bazin, conférences cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques.

COURS COMPLET DE GYNÉCOLOGIE. — M. S. POZZI, chirurgien en chef de l'hôpital Broca : *Conférences de gynécologie clinique*, le vendredi à 10 heures, à l'hôpital Broca (annexe Pascal). 111, rue Broca. Un cours de *Gynécologie pratique* est fait les lundis et mercredis, à 10 heures. Ce cours sera complet en 20 leçons. Démonstrations d'*Histologie* sur les pièces du service, le samedi, à 10 heures, à partir du samedi 17 novembre, par le chef du laboratoire du service.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants*. — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2 Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc.) — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas.) — M. le Pr BUDIN. — Mardi et samedi à 9 heures du matin.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — M. le Pr RAYMOND (Hospice de la Salpêtrière). Mardi et vendredi à 10 heures.

LEÇONS CLINIQUES D'OBSTÉTRIQUE (Hôpital de la Charité). — M. le Dr MAYGRIER, agrégé, jeudi à 9 heures, leçon, tous les jours à 9 heures, visite ou consultation.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr Albert ROBIN commencera le mercredi 9 janvier à 9 heures et demie, dans l'amphithéâtre des cours de la Pitié, ses leçons de clinique thérapeutique et les continuera tous les mercredis à la même heure. — Objet du cours : Maladies organiques de l'estomac.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 2. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 12 JANVIER 1901.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Étude clinique sur la fièvre pernicieuse dite gastralgique.

Par les Drs **Jean CARDAMATIS** Vice-Président et **Spiridion KANELLIS**
Ancien Vice-Président de la Société Médicale d'Athènes.

I.

Au nombre des fièvres pernicieuses on range aussi la fièvre pernicieuse gastralgique. La raison qui a fait entrer cette fièvre dans le cadre des accidents pernicieux est moins imputable à sa terminaison, qui n'implique d'ailleurs aucun danger, qu'à la gravité et la violence des symptômes par lesquels elle évolue. Le motif unique qui a déterminé les observateurs de classer cette fièvre parmi les accidents pernicieux ou fièvres pernicieuses, découle de l'importance du plus saillant des symptômes, c'est-à-dire de la gastralgie.

Il est vrai que la scène est dominée par le symptome de la gastralgie et que le malade en souffre atrocement, mais ce n'est pas une raison suffisante pour qu'on traite de pernicieuse une fièvre, une maladie dont l'issue n'a rien de fâcheux. Au moins, de notre part, n'eûmes-nous jamais l'occasion d'assister à un dénouement fatal, témoins nos propres cas, ainsi que ceux d'autres confrères, tels que Théophanidès, etc. Nos observations ne portent point sur les douleurs gastralgiques légères qui peuvent se produire au cours de fièvres intermittentes de première invasion ou dans le cours de fièvres intermittentes de rechute et qui, du reste, ne sont pas rares consécutivement à des causes locales ou à des causes générales prédisposantes ; mais bien elles visent aux véritables formes gastralgiques qui peuvent se présenter quelquefois dans le cours des fièvres intermittentes.

Quant à la détermination de la malignité ou de la bénignité de cette forme, partant de l'heureuse issue de nos propres cas, nous venons, il est vrai, tout à fait à l'encontre de l'opinion émise par d'éminents observateurs, mais nous avons en notre faveur l'opinion d'autres auteurs qui, d'accord avec nous, n'admettent pas de mauvais pronostic dans cette fièvre. C'est ainsi, par exemple, que Maillot déclare n'avoir jamais vu l'accès gastralgique se terminer par la mort; par contre Haspel et Colin, qui rangent cet accès parmi les accidents pernicieux du paludisme, voient dans la fièvre gastralgique ou cardialgique la plus dangereuse forme des fièvres pernicieuses palustres.

Le principal symptôme pathognomonique de cette fièvre consiste en une douleur vive siègeant à l'épigastre. Pour avoir étudié sur le lit du malade cette symptomatologie spéciale, nous essayons par la présente étude, relative à ce sujet, de démontrer l'erreur qu'on a commise en traitant cette fièvre de pernicieuse. Nous eûmes, à plusieurs reprises, l'occasion de rencontrer cette forme et nous la suivîmes de très près et avec beaucoup d'attention, tant au point de vue de l'étiologie comme début de la maladie qu'au point de vue de l'évolution de ses symptômes. Nous remarquâmes que, abstraction faite de l'élément douleur, la maladie, eu même égard à sa terminaison, ne diffère guère des stades typiques d'une simple fièvre intermittente palustre. Cette fièvre, à ne nous en rapporter qu'à nos propres connaissances, ne s'attaque jamais à des individus bien portants et d'une santé parfaite. Quoique rare, comme Laveran le fait aussi remarquer avec raison, *elle atteint pourtant des individus qui appartiennent par diathèse à une dysthrepsie ou ceux dont le principal organe, qui sert de siège au symptôme dominant, eût à souffrir antérieurement.*

Le développement de la fièvre gastralgique ne suit pas la règle commune, d'après laquelle font leur apparition les autres fièvres pernicieuses qui ne se produisent, le plus souvent, qu'à la suite de plusieurs accès de fièvres intermittentes palustres. L'apparition de l'accès gastralgique se fait indifféremment, sans que la condition de la préexistence d'accès intermittents palustres soit absolument nécessaire. En effet, l'accès gastralgique fut observé tant à la suite d'atteintes réitérées de fièvre intermittente palustre, qu'en dehors de ces conditions. La preexistence donc de peu ou de beaucoup d'accès intermittents palustres, n'implique aucune importance pathogénique pour le développement de l'accès gastralgique. Le type de la fièvre gastralgique est toujours celui d'une intermittente quotidienne ou d'une tierce, et, d'après ce que nous apprennent nos propres études, elle n'apparait jamais sous

aucune autre forme typique. L'accès gastralgique offre les stades caractéristiques de la fièvre intermittente palustre simple avec une seule variation symptomatologique, c'est-à-dire la gastralgie, qui constitue le principal caractère de cette forme fébrile du Protée palustre et qui la fait entrer dans le cadre des accès pernicieux.

Laveran, dans la description du tableau clinique de la fièvre gastralgique, dit que le malade éprouve à l'épigastre une sensation extrêmement douloureuse de brûlure, de déchirement ou de torsion; la face exprime l'anxiété; le malade, replié sur lui-même, se répand en plaintes continuelles et se roule dans son lit, souvent il est pris de vomissements; au bout d'un temps variable, les douleurs se calment, et l'accès se termine par des sueurs abondantes. Le même auteur, reconnaissant avec beaucoup de raison la rareté de cette forme de fièvre palustre, et surtout relativement à la multiplicité des autres accès pernicieux, avoue n'avoir observé qu'une fois l'accès pernicieux gastralgique durant son séjour de cinq ans à Constantine. Que cette fièvre ne se rencontre, en effet, que rarement, il ressort tant de la statistique que de notre propre expérience. Sur plusieurs milliers de cas de différentes formes du paludisme, nous ne rencontrâmes que quatre fois la fièvre gastralgique réputée pernicieuse. Sur 127 cas de fièvres pernicieuses observées dans l'espace de cinq ans, de 1893 à 1898, dans les hôpitaux et les infirmeries de l'armée hellène, on n'a noté qu'un seul cas de fièvre gastralgique. Une autre statistique plus complète,(1) qui contient les observations d'auteurs grecs et étrangers, montre que parmi 1.347 cas d'accès pernicieux, on n'a noté que 5 cas de fièvre gastralgique. En totalité, sur 1.474 accès pernicieux, nous n'avons que 6 cas d'accès gastralgiques.

Dans la description de la maladie, qui suit immédiatement, ayant en vue le symptôme prédominant de cette dernière, c'est-à-dire la douleur gastralgique, nous établissons une distinction quant à l'intensité et la durée de la douleur et nous divisons la fièvre gastralgique en continue et en intermittente. Nous appelons *continue* la fièvre gastralgique qui se caractérise par de la gastralgie dont l'intensité va en augmentant et, après avoir atteint son maximum, elle finit par disparaître comme un seul accès isolé. La fièvre gastralgique est appelée *intermittente* lorsque, pendant la durée du mouvement fébrile, la douleur gastralgique se présente sous le type de plusieurs accès distincts les uns des autres par des intermittences complètes ou encore par des rémissions, de façon qu'on puisse distinguer pendant le mouvement fébrile continu trois, quatre, jusqu'à huit accès gastralgiques.

II.

Description de l'accès de la fièvre gastralgique.

Premier stade. — On doit signaler comme début de l'accès l'affaiblissement progressif des forces, lequel, deux ou trois heures à l'avance du frisson, se répand sur tout le corps. Durant ce stade, en dehors de la courbature générale et de l'énervement du corps, les membres sont en résolution; il y a des tremblements et des bâillements. A mesure que l'accès approche, le malade commence à éprouver une légère phlogose et de la brûlure au niveau des os longs avec de la douleur obtuse dans les articulations; une *aura* se manifeste le long du tronc; les extrémités deviennent froides; une pâleur blanchâtre, surtout sur les lèvres de la bouche, est répandue sur le visage naguère vermeil du malade; enfin l'*aura* fait place à des frissonnements.

Second stade. — Il est dans la règle que le frisson, qui ne fait défaut que rarement, succède aux frissonnements. En même temps commence la douleur qui, localisée sur une petite étendue, occupe l'épigastre ou plutôt la région péri-ombilicale. La douleur, très intense, très violente dès le début, fait que le malade se replie sur lui-même. La douleur proprement dite, siégeant le plus souvent entre la région ombilicale et la région stomacale, s'irradie de tous les côtés; lancinante et cuisante, comme celle de la cautérisation par le fer rouge; elle est tantôt continue ou rémittente et ne présente qu'un seul accès, tantôt elle est intermittente et présente plusieurs accès distincts et indépendants entre eux. Dans l'accès continu, la violence de la douleur est supérieure à celle des douleurs de l'enfantement: la douleur, pendant l'accès continu, dure plus longtemps que dans chaque accès de la forme intermittente de la fièvre gastralgique pris isolément. Le malade souffre terriblement; il se replie sur lui-même, il se roule dans son lit, il porte les mains sur la région où siège la douleur, il presse profondément son ventre; comme épouvanté, comme effrayé, tantôt il grince des dents, tantôt il mord ses habits. La douleur intense, excessive de la forme continue dure plus d'une demi-heure, tandis que dans la forme intermittente chaque accès douloureux ne se prolonge plus d'un quart d'heure. Le frisson et la douleur sont suivis de nausées; le malade est pris de vomissements; les matières vomies sont bilieuses si l'estomac se trouve vide d'aliments. Les vomissements augmentent d'intensité et de fréquence; l'estomac rejette toute substance ingérée. Le malade éprouve une soif inextinguible qui va en augmentant par l'évacuation forcée de tout liquide pouvant se trouver dans l'estomac. C'est ce dernier fait qui finit par épuiser les forces du malade. L'estomac, à cause de sa grande sensibilité, ne tolère aucun médicament; les narcotiques, les révulsifs, les antiphlogistiques, tels que la glace, etc. n'arrivent point à avoir raison de cette sensibilité de l'estomac. Tout est vomi, tout est rejeté par l'estomac, et ce n'est que l'aiguille de la seringue de Pravaz qui rend des services précieux contre l'intolérance stomacale. Cependant, il est des cas où l'estomac offre plus de docilité à l'ingestion des médicaments au moyen de badigeonnages d'éther sulfurique pratiqués sur la région stomacale; l'éther sulfurique appliqué sur l'estomac extérieurement a l'avantage de calmer ou même de combattre la tendance aux vomissements: la nausée cède, après que le malade a vomi des matières bilieuses. Dans l'acmé de la fièvre, le malade éprouve une angoisse; il porte ses mains çà et là; il étend et fléchit alternativement les jambes. Du moment où la fièvre commence à reculer, la douleur fait place à un certain bien-être, et le malade passe au stade terminal de l'accès, sent que son corps devient moite par une légère transpiration; un soulagement parfait succède à l'état de souffrance antérieur.

Troisième stade. — Pendant ce stade, le malade est baigné dans la sueur; affaibli et épuisé, il cherche le repos et se laisse prendre par le sommeil. A la fin du paroxysme, comme les membres du malade sont relâchés par l'atonie, il ne peut se tenir debout, et tous les mouvements des extrémités et de la tête se font avec un certain tremblement.

(1) Voir *Traité sur la Fièvre bilieuse hémo-globinurique*, p. 227, par Jean Cardamatis.

III.

Observations cliniques.

Premier cas. — F. D.., âgé 23 ans, au service de l'armée à l'île de Zante. Il fut pris d'accès gastralgiques d'origine palustre. Le médecin de l'armée, qui le traita, opposa à ces accidents la quinine avec succès. Au bout de quelques mois, on fit passer le soldat à Missolongui, où il a eu plusieurs atteintes de la même maladie accompagnées par de légers mouvements fébriles. C'était toujours l'usage de la quinine qui lui rendait la santé. Une autre fois, lorsque ce soldat se trouvait à Acarnanie, il fut attaqué par les mêmes accès gastralgiques du type tierce. Le premier ou les premiers de ces accès, comme le malade en pretendit, n'étaient pas accompagnés de fièvre, tandis que dans les accès suivants le mouvement fébrile était très marqué. Ce fut pendant un de ces derniers accès fébriles que nous fûmes appelés près du malade; dont nous pûmes suivre la maladie, avec attention. Nous en donnons l'histoire un peu détaillée.

État du malade. — La charpente osseuse du corps du malade est bien développée; elle est disproportionnée aux muscles qui le couvrent et qui sont grêles et flasques. Le malade est hystérique. Son père avait une maladie nerveuse qui nous est inconnue. Son frère aîné souffrait d'épilepsie. Depuis de longs mois, le malade souffre terriblement de spermatorrée; il est, par conséquent, anémique et épuisé : il a le teint pâle, les lèvres blanchâtres, les oreilles transparentes et cireuses. Replié sur lui-même et pelotonné sous les couvertures, il y mord de temps en temps. Il éprouve des douleurs durant les accès, mais il est des moments où la douleur devient excessive. L'examen microscopique a révélé l'hématozoaire. Nous prescrivîmes la quinine, mais bien qu'elle fût administrée pendant trois jours, il existait encore quelques douleurs gastralgiques légères sans aucun mouvement fébrile. Comme base de la cure complète nous avons prescrit la quinine avec les toniques, les préparations du fer et de l'arsenic faciles à digérer, et à l'aide du bromure de camphre, des préparations de la noix vomique et de l'hydrothérapie, le malade guérit aussi de la spermatorrée qui l'incommodait et recouvra sa santé parfaitement. Quelques mois après sa guérison, le malade fut atteint de fièvre intermittente sans présenter en même temps des crises gastralgiques. Il continue à jouir d'une santé parfaite.

Deuxième cas. — D. Bl.., 30 ans, ouvrier, mal nourri et de diathèse goutteuse. Au mois de juillet 1893, il fut atteint d'un accès gastralgique avec mouvement fébrile ; la douleur et les vomissements, constituaient de l'aveu du malade, les principaux éléments de sa maladie. Un médecin appelé chez le malade, diagnostiqua une fièvre pernicieuse gastralgique de nature palustre et recommanda la quinine, qui fut admistrée le lendemain en solution et en quantité considérable. Deux heures après l'ingestion du médicament, le malade ressentit des frissonnements ; les paroxysmes gastralgiques revinrent plus atroces et alternant avec des vomissements incoercibles. C'est alors qu'on nous apporta le malade dans un état désespéré; il souffrait horriblement et poussait des gémissements terribles. Son état peut être conçu comme il suit : facies jaune pâle; lèvres blanchâtres ; ongles bleuâtres; extrémités et front moites de sueur. Regard effrayé ; le moral extrêmement découragé. Langue plate et un peu humide, son épithélium légèrement proéminent et couvert d'enduit. Ventre légèrement météorisé. Rate et foie dans leurs dimensions normales à peu près. Le malade vomit sans cesse tout ce qu'il a avalé; les matières vomies se composent de liquides et de tout ce qu'on offre au malade. Température axillaire 38°2. Pouls petit, fréquent et à peine sensible. Une douleur violente force le malade à porter ses mains sur la région stomacale qu'il presse de toute sa force au moyen de ses poings dans l'espoir d'en avoir quelque soulagement. Par suite de la violence de la douleur épigastrique, le malade s'agite et s'inquiète grandement : tantôt il se roule dans son lit, tantôt il se redresse et se met debout, parfois même dans un extrême désespoir, il cherche à se percer le ventre avec un couteau. La douleur apparaît par intervalles séparés les uns des autres par de légères rémitions. Les vomissements, dès qu'il entre en scène, semblent attiser, pour ainsi dire, les paroxysme gastralgiques.

Contre cet état inflammatoire de l'estomac, nous conseillâmes les révulsifs, la glace, les narcotiques en combinaison avec les antiseptiques et le calomel ; mais tout cela sans succès, parce que tout était rejeté par l'estomac. Seule l'aiguille de la seringue de Pravaz a su nous rendre des services. On ne fit pas usage de quinine, attendu que le malade en avait pris préalablement une grande quantité, et que le système nerveux demeurait extrêmement excité. De violents bourdonnements d'oreilles, des éblouissements avec de la céphalalgie achevaient le tableau de l'absorption par l'organisme d'une quantité considérable de quinine. L'accès, dont la durée totale était de quatorze heures, disparut et ne laissa à sa suite qu'un grand relâchement, beaucoup d'atonie et de la courbature des membres. Le malade ne pouvait articuler un mot, tant il était pris de terreur.

Après le calomel, nous revînmes à la quinine le lendemain et nous administrâmes de plus l'eau de Vichy avec tous les autres médicaments indiqués dans la circonstance. Par un régime sévère et par un traitement rationnel, nous parvînmes à fortifier l'organisme entier et à rétablir les fonctions normales de la muqueuse stomacale. Le malade a recouvré avec le temps sa santé. Depuis ce temps-là, bien qu'il eût eu plusieurs atteintes de fièvre intermittente, il ne fut jamais pris de douleurs gastralgiques.

Troisième cas. — K. R..., jeune fille de 13 ans, délicate, très affaiblie par suite de plusieurs atteintes de paludisme dont elle souffrait depuis sa petite enfance. Il y a six ans, elle eut à souffrir d'une entérorragie quinique; un an après, elle fut atteinte d'hémoglobinurie quinique. Ces deux accidents déterminèrent ses parents de ne lui donner que du tannate de quinine, toutes les fois qu'elle venait à avoir une atteinte de fièvre palustre. Ils évitaient l'emploi du sulfate de quinine pour la crainte de l'hémoglobinurie. Pendant l'année 1891, en dehors des fièvres intermittentes et de l'hémoglobinurie quinique, la jeune fille eut à souffrir deux fois de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. Dès lors, il lui survint plusieurs accès intermittents simples. Trois mois après ces accès intermittents, la malade subit trois paroxysmes de fièvre gastralgique, contre lesquelles, une fois, nous employâmes pendant l'accès, le tannate de quinine en dehors des narcotiques et des autres médicaments; dans les deux dernières attaques, nous nous contentâmes à faire usage des narcotiques et des révulsifs seuls. La quinine fut administrée après la fin de l'accès.

Pendant un mois encore après ce dernier accès, la malade fut incommodée de quelques légères atteintes d'accès gastralgique sans fièvre. Nous finîmes par guérir cette gastralgie au moyen de l'hydrothérapie et des médicaments toniques

Quatrième cas. — E. K..., âgée de 30 ans. Diathèse goutteuse. Elle ne fit aucune autre maladie, si ce n'est des fièvres palustres dont elle souffrit pendant trois mois dans sa puberté. Dix ans après, souffrant d'une dilatation d'estomac, elle fut aussi atteinte de douleurs gastralgiques. En 1892, lorsque nous vîmes cette malade, elle avait encore la dilatation stomacale et elle venait d'être atteinte d'un nouvel accès gastralgique, contre lequel nous opposâmes le traitement ordinaire.

La quinine, faisant la base du traitement, était administrée pendant quelques jours. Dès qu'on s'en abstint, la fièvre gastralgique rechuta avec une plus grande intensité, et la gastralgie ne recula que lorsque la fièvre succéda au violent frisson qui dura deux heures entières.

Nous continuâmes à administrer la quinine quelques jours encore après la disparition complète de la fièvre dans le but d'en prévenir une rechute nouvelle; nous y ajoutâmes tous les autres médicaments et moyens thérapeutiques indiqués en pareille circonstance et nous fûmes heureux de voir la malade recouvrer une santé parfaite. L'état sain se maintint pendant une année entière, lorsque la malade, bien qu'elle se trouvât dans une localité salubre et loin des foyers du paludisme, fut éprouvée, dans l'espace de deux mois, six fois par la fièvre gastralgique palustre, à la suite d'émotions morales, de douleurs morales, de chagrins et d'un profond épuisement organique.

IV.

Conclusions

La dénomination de *pernicieuse* donnée à la fièvre gastralgique doit être abandonnée : Premièrement parce que cette fièvre ne se termine que très rarement par la mort ; — Deuxièmement parce que le traitement consiste en l'usage mesuré et rationnel de la quinine de même qu'on procède dans le traitement des fièvres intermittentes simples ; — Troisièmement parce que l'hématozoaire du paludisme ne peut en lui seul présenter primitivement un tableau clinique identique à celui qu'offre l'accès gastralgique. Il faut pour cela une affection antérieure de l'estomac. Ce n'est que dans cette dernière condition que la combinaison ou l'évolution simultanée de l'infection palustre peut quelquefois servir à la production de ce tableau clinique.

L'examen de l'estomac de tout individu qui serait atteint de fièvre gastralgique, fait avec soin et minutieusement, justifiera nos réflexions, c'est-à-dire que pour la production du tableau clinique qu'offre la fièvre gastralgique, il faut une affection stomacale antérieure à l'impaludation.

La diathèse, d'une part, et l'affection antérieure ou propathie, d'autre part contribuent à la détermination de l'organe qui doit fatalement subir la plus grave atteinte au cours de toute maladie. Celui qui le premier parmi tous a établi l'importance de la propathie de tout organe fonctionnel fut Hippocrate, le père de la science médicale, qui dit : « 'Ατὰρ ἦν καὶ προσπεπονηκός τι ᾗ πρὸ τοῦ νοσέειν, ἐνταυθὶ στηρίζει ἡ νοῦσος » (s'il y a quelque partie ou quelque organe du corps qui souffrait antérieurement par les suites d'une maladie autre que la présente, c'est dans cette partie ou dans cet organe que la nouvelle maladie sera localisée). On ne doit pas aussi perdre de vue la théorie du terrain, parce que si l'affection semble souvent siéger dans cet organe-ci ou dans cet autre-là, la nature, les causes et le danger immédiat en résident ailleurs, c'est dire dans l'organisme entier ou dans l'état général.

La gastralgie n'est donc qu'un symptôme qui vient quelquefois s'ajouter au tableau clinique du paludisme ; ce n'est pas un type particulier de fièvre pernicieuse digne de porter le nom de fièvre pernicieuse gastralgique : c'est une simple complication du paludisme. Il est donc raisonnable et conforme aux recherches cliniques qu'on substitue à la dénomination de fièvre pernicieuse gastralgique celle de « fièvre palustre (intermittente rémittente ou continue) avec complication de gastralgie » qui est due à une affection antérieure de la muqueuse stomacale.

Hyperthermie peu ordinaire. — Un soldat recemment entré à l'hôpital refusait, parait-il, de mourir, alors que le thermomètre dont on avait garni son aisselle marquait 44°4. Un malade atteignant la température de 43° n'a pas de longues heures à vivre. Celui-ci ne paraissait pas incommodé de cette puissance calorique. Le docteur gardait la conviction profonde qu'un dénouement fatal surviendrait dans le courant de la nuit. Le lendemain matin le thermomètre médical ordinaire se refusa à enregistrer l'élevation de température. Un autre thermomètre ayant été mis en place, on observa la température formidable de 58° centigrades. Cette température resta fixe, et, chose extraordinaire, le pouls était normal et nullement en rapport avec un tel foyer de chaleur. L'explication de cette anomalie serait, parait-il, la suivante : Le malade aurait reçu jadis une balle dans la bouche ; on suppose que ce projectile aurait été se loger dans le centre thermique cérébral, où sa présence aurait occasionné ce curieux phénomène. (*La France.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Écoles d'infirmières au Conseil municipal.

Après les dernières élections municipales de Paris qui ont envoyé à l'Hôtel de Ville une majorité de réactionnaires dont le cléricalisme, à l'instar d'un ciment, a formé un bloc compact, nous ne nous sommes pas fait illusion sur ce que l'avenir préparait aux réformes républicaines péniblement réalisées par les Conseils municipaux antérieurs. Ce pronostic fâcheux, que certains illusionnés trouvaient exagéré, a eu une première justification dans l'interpellation de M. Ed. Lepelletier, que nous avons reproduite dans le n° du 4 juillet du *Progrès médical.* Ce conseiller, triste épave du parti républicain, demandait à l'Administration de l'Assistance publique de nous interdire de prendre la parole aux distributions de prix des Ecoles d'infirmières, de participer au choix des livres donnés dans ces cérémonies. Et il concluait par une proposition consistant à faire nommer par le Conseil municipal une commission qui, chaque année, « examinera et choisira les volumes destinés à être donnés en prix.... »

Sur le premier point — interdiction de parler aux distributions de prix — M. le directeur de l'Assistance publique a fait cette réponse judicieuse : « Il est absolument naturel que M. Bourneville rende compte des travaux de l'École puisqu'il en est le directeur ; il vient tout simplement dire ce que les élèves ont fait dans le cours de l'année. »

Malheureusement, l'Administration n'a pas conformé ses actes à cette sage déclaration. Se conformant, non à sa déclaration mais aux désirs de M. Ed. Lepelletier, elle nous a, en effet, quelques jours plus tard, enlevé la parole — ou aux professeurs que nous avions priés de nous remplacer, — aux distributions de prix des écoles de Bicêtre, de la Pitié et de Lariboisière qui ont eu lieu à **huis clos** comme s'il s'agissait de cérémonies dont on était honteux (1) !

La délibération du Conseil relative à la nomination d'une commission spéciale pour le choix des livres a été annulée par un décret du Président de la République, en date du 27 juillet. Ce décret n'a pu être communiqué au Conseil que le 7 novembre (voir le *Progrès médical* du 17 novembre, page 407). Dans la discussion qui a suivi, M. Lepelletier, jetant le masque, a fait la déclaration suivante :

« Au cours du vote du budget, j'aurai l'honneur de demander que soit *supprimée l'allocation destinée au fonctionnement des Ecoles d'infirmiers et d'infirmières, sauf à la rétablir par la suite sous une autre forme.* » (Très bien !).

En réponse à cette menace, nous terminions les réflexions dont nous avions accompagné la reproduction de la discussion, en annonçant que « les professeurs et nous n'en demeurerions pas moins à la disposition de l'Administration pour continuer quand même les cours. »

M. Ed. Lepelletier a tenu sa promesse ; nos collaborateurs, les professeurs des Ecoles, et nous, avons tenu aussi la nôtre. Voici d'abord la partie du procès-verbal de la séance du 30 décembre du Conseil municipal concernant les *Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières* dans laquelle M. Lepelletier joue le principal rôle.

M. Ambroise Rendu, rapporteur. — Art. 5. — *Subvention spéciale pour écoles d'infirmiers et d'infirmières.* **L'Administration demande 19,400 francs, le rapporteur propose la suppression de l'article.**

---

(1) Nous reviendrons probablement, au moment opportun, sur tout ce qui s'est passé depuis l'interpellation au Conseil municipal.

M. le Secrétaire général de l'Assistance publique. — Messieurs, je dois appeler votre attention sur la proposition de suppression du crédit destiné aux écoles d'infirmières. Ce crédit existe au budget de l'Assistance publique depuis que le régime laïque existe dans les hôpitaux. Je demande à M. le Rapporteur de vouloir bien faire connaître les motifs de sa proposition de suppression du crédit.

M. Edmond Lepelletier. — M. le Secrétaire général fait erreur lorsqu'il dit qu'on ne lui a pas fait connaître les motifs de la suppression de l'article, suppression qui, d'ailleurs, correspond à un rétablissement dans des conditions désignées.

M. Landrin. — Quant à nous, nous ne les connaissons pas et nous nous en plaignons.

M. Edmond Lepelletier. — Je m'étais fait inscrire exprès pour vous les faire connaître, parce que j'étais rapporteur de cette modification apportée au budget, modification de chiffres et d'article qui laissent subsister l'existence des cours d'infirmiers et d'infirmières laïques. Nous voulons maintenir ces cours d'infirmiers, car notre intention n'a jamais été de toucher à l'œuvre de la laïcisation. Mais par suite de l'acte arbitraire qu'a commis le Gouvernement en annulant une délibération pour laquelle nous revendiquions le droit de contrôler les cours que nous subventionnons, nous avons estimé qu'il y avait lieu de les réorganiser, afin de permettre au Conseil d'exercer ce droit de surveillance qui est la conséquence même du vote d'une subvention. Nous supprimons donc le crédit, mais nous allons vous proposer d'en voter un autre le remplaçant.

M. Landrin. — Je prie M. Edmond Lepelletier de nous dire le fond de sa pensée lorsqu'il nous propose la suppression du crédit. La vérité est que la motion de M. Edmond Lepelletier est la suite de la discussion dans laquelle notre collègue a pris à parti M. le docteur Bourneville. Au fonds, ce que veut M. Edmond Lepelletier, c'est chasser le docteur Bourneville des écoles d'infirmières.

Lorsqu'il nous dit avoir à cœur le bon fonctionnement de ces écoles, il ne nous confie pas le fond de sa pensée, qui est de chasser des écoles d'infirmières le fondateur de ces écoles parce qu'il le trouve trop laïque. Celui qu'on vise est le promoteur de la laïcisation, le créateur d'écoles qui forment des infirmières, d'un talent et d'une science auxquels les sœurs n'ont jamais atteint.

Le Conseil ne voudra pas, par un moyen détourné, frapper un homme qui a toutes ses sympathies. Je demande le scrutin afin qu'on sache quels sont les partisans de la laïcisation.

M. Edmond Lepelletier. — Je n'ai pas voulu désigner une personnalité qui, suivant l'expression de M. Landrin, devrait être chassée. Je me bornais à demander qu'elle fût contrôlée.

M. Landrin. — Vous l'avez nommée à une précédente séance.

M. Edmond Lepelletier. — Puisque vous avez prononcé le nom de M. Bourneville et que vous semblez croire qu'en voulant surveiller la direction qu'il imprime au cours d'infirmières, j'attaquais la laïcisation, je vous répondrai que j'ai toujours été partisan de la laïcité, que je l'ai soutenue et la soutiendrai encore, et que ce n'est pas au point de vue de la laïcisation que j'ai visé le directeur de ces cours. (*Très bien !*) Mais le Dr Bourneville est indigne de continuer à présider à cet enseignement (*Interruptions. — Applaudissements*). Oui, il en est indigne, non comme laïcisateur, mais comme dreyfusard. (*Violentes interruptions. — Nouveaux applaudissements*).

M. Navarre. — Les malades en subiront les conséquences.

M. Edmond Lepelletier. — Les malades n'ont pas à faire de politique ; or le Dr Bourneville a introduit la politique dans les hôpitaux. Je désire qu'il n'en soit plus ainsi et que le personnel de ces écoles soit placé sous le contrôle du Conseil municipal.

M. Ernest Moreau. — Quand vous étiez président de la Ligue de la libre pensée vous étiez dreyfusard. (*Bruit.*)

M. Edmond Lepelletier. — Je suis resté libre-penseur, je n'ai jamais été dreyfusard. J'ai protesté simplement contre ceux qui ont apporté l'affaire Dreyfus dans la République ; on ne saurait trop flétrir ceux qui l'introduisent dans les écoles, dans les hôpitaux, par des livres qu'ils y font circuler. Je ne veux pas supprimer les cours, mais j'entends qu'ils soient contrôlés, dans un sens antidreyfusard, si vous voulez.

M. J. Weber. — Je constate que si vous n'aviez pas l'affaire Dreyfus à vous mettre sous la dent, vous n'auriez pas le moindre argument pour réclamer la suppression du crédit.

M. le Secrétaire général de l'Assistance publique. — Il me semble que donner et retenir ne vaut. Vous ne pouvez en même temps accorder et refuser le crédit de 19,400 francs. Or, je crois que vous le refusez. Je tiens donc à bien affirmer que le fonctionnement du régime laïque dans les hôpitaux est impossible sans les écoles d'infirmières et que si, comme j'en suis convaincu, vous voulez maintenir ce régime, vous ne pouvez le faire qu'en maintenant aussi les écoles d'infirmières.

M. Roger Lambelin. — Vous reconnaissez donc par là que, du temps des sœurs, il n'était pas besoin d'écoles d'infirmières (1).

M. le Secrétaire général de l'Assistance publique. — Je dois ajouter que je connais assez le dévouement et le désintéressement du directeur et des professeurs des écoles d'infirmières pour être convaincus qu'ils continueront leurs fonctions, même sans la minime rétribution qui leur avait été accordée jusqu'à présent. Mais il ne serait de la dignité ni de la ville de Paris, ni de l'Assistance publique, de leur retirer cette rétribution qui leur est légitimement due. (*Très bien !*)

M. le Président. — Je mets aux voix la proposition de M. Landrin. Il y a une demande de scrutin.

Le scrutin auquel il a été procédé sur la proposition de M. Landrin, donne les résultats suivants :

Nombre de votants	71
Majorité absolue	37
Pour	33
Contre	38

Le Conseil n'a pas adopté.

Ont voté *pour* : MM. L. Achille, Archain, Bellan, Berthaut, Brenot, Paul Brousse, Chausse, Chautard, Adolphe Chérioux, Colly, Desplas, Faillet, V. Gelez, Hénaffe, Houdé, John Labusquière, Landrin, Marsoulan, Alfred Moreau, Ernest Moreau, Pierre Morel, Mossot, Navarre, Pannelier, Paris, Patenne, Piperaud, Poiry, Ranson, Ranvier, Henri Rousselle, Adrien Veber, J. Weber.

Ont voté *contre* : MM. Alpy, Jules Auffray, Ballière, Baranton, Barillier. Bertrou, Bussat, César Caire, Caplain, Ernest Caron, Chassaigne-Goyon, Dausset, Despatys, Dubuc, Duval-Arnould, Paul Escudier, Evain, Fortin, Foursin, Froment-Meurice, Henri Galli, Gay, Jousselin, Roger Lambelin, Lo Menuet, Levée, Gaston Méry, Adrien Mithouard, René Piault, Poirier de Narçay, Pugliesi-Conti, Maurice Quentin, Quentin-Bauchart, Ambroise Rendu, Félix Roussel, Camille Rousset, Maurice Spronck, Tournade.

Excusés : MM. Brard, Arthur Rozier.

N'ont pas pris part au vote : MM. J. Caron, Chérot, Deville, Grébauval, Edmond Lepelletier, Opportun, Sauton.

M. Edmond Lepelletier. — Je dépose la proposition suivante pour laquelle je demande le scrutin :

« Le Conseil délibère. — Le crédit inscrit à l'art. 3 du sous-chap. 23 du budget de l'Assistance publique est supprimé et remplacé par un crédit de 20,000 francs affecté spécialement à la réorganisation par le Conseil municipal des cours d'infirmiers et infirmières laïques. — « Signé : Edmond Lepelletier. »

Le scrutin auquel il a été procédé sur la proposition de M. Edmond Lepelletier donne les résultats suivants :

Nombre de votants	40
Majorité absolue	21
Pour	40
Contre	0

Le Conseil a adopté.

(1) Nous emprunterons la réponse à cette singulière interruption à l'honorable M. Sabran, président de la Commission des hospices de Lyon : « C'est M. Bourneville qui m'a révélé la nécessité de créer des Ecoles d'infirmières. **J'avais cru pendant longtemps que le dévouement était chose suffisante**... C'est vous, Monsieur Bourneville, qui êtes l'initiateur de l'Ecole de Lyon. » (*Recueil des travaux du Congrès international d'Assistance publique* de 1900, t. IV, p. 266-267).

Ont voté *pour* : MM. Alpy, Jules Auffray, Ballière, Baranton, Barillier, Bertrou, Bussat, César Caire, Caplain, Ernest Caron, J. Caron, Chassaigne Goyon, Chérot, Dausset, Dubuc, Duval-Arnould, Paul Escudier, Evain, Fortin, Foursin, Henri Galli, Gay, Grébauval, Houdé, Jousselin, Le Menuet, Edmond Lepelletier, Levée, Gaston Méry, Adrien Mithouard, Patenne, René Piault, Poirier de Narçay, Pugliesi-Conti, Maurice Quentin, Quentin-Bauchart, Ambroise Rendu, Félix Roussel, Camille Rousset, Maurice Spronck. — Ont voté *contre* : Néant.

Excusés : MM. Brard, Arthur Rozier.

N'ont pas pris part au vote : MM. L. Achille, Archain, Bellan, Berthaut, Brenot, Paul Brousse, Chausse, Chautard, Adolphe Chérioux, Colly, Despatys, Desplas, Deville, Faillet, Froment-Meurice, V. Gelez, Hénaffe, John Labusquière, Roger-Lambelin, Landrin, Marsoulan, Alfred Moreau, Ernest Moreau, Pierre Morel, Mossot, Navarre. Opportun, Pannelier, Paris, Piperaud, Poiry, Ranson, Ranvier, Henri Roussel, Sauton, Tournade, Adrien Veber, J. Weber.

M. Pierre Morel. — Puisqu'on a parlé tout à l'heure de science médicale et de l'intérêt que présentent les écoles d'infirmières, je dépose le projet de vœu suivant pour lequel je demande le scrutin :

« Le Conseil délibère : L'Administration est invitée à envoyer les infirmiers et infirmières laïques de l'Assistance publique à l'Ecole libre d'infirmiers et infirmières, fondée par M. Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur. — Signé : Pierre Morel. »

M. le Président. — Je mets cet amendement aux voix ; il y a une demande de scrutin. Le scrutin auquel il a été procédé sur la proposition de M. Pierre Morel donne les résultats suivants :

Nombre de votants	40
Majorité absolue	21
Pour	3
Contre	37

Le Conseil n'a pas adopté.

Ont voté *pour* : MM. Gelez, Landrin, Alfred Moreau.

Ont voté *contre* : MM. Alpy, Jules Auffray, Baillère, Baranton, Barillier, Bertrou, Bussat, César Caire, Caplain, Chassaigne-Goyon, Dausset, Despatys, Dubuc, Duval-Arnould, Paul Escudier, Evain, Fortin, Foursin, Froment-Meurice, Henri Galli, Gay, Jousselin, Roger Lambelin, Le Menuet, Edmond Lepelletier, Levée, Gaston Méry, René Piault, Poirier de Narçay, Pugliesi-Conti, Maurice Quentin, Quentin-Bauchard, Ambroise Rendu, Félix Roussel, Camille Rousset, Maurice Spronck, Tournade.

Excusés : MM. Brard, Arthur Rozier.

N'ont pas pris part au vote : MM. L. Achille, Archain, Bellan, Berthaut, Brenot, Paul Brousse, Ernest Caron, J. Caron, Chausse, Chautard, Adolphe Chérioux, Chérot, Colly, Desplas, Deville, Faillet, Grébauval, Hénaffe, Houdé, John Labusquière, Marsoulan, Mithourd, Ernest Moreau, Pierre Morel, Mossot, Navarre, Opportun, Pannelier, Paris, Patenne, Piperaud, Poiry, Ranson, Ranvier, Henri Rousselle, Sauton, Adrien Veber, J. Veber.

M. Chausse. — Je déclare qu'avec plusieurs de mes amis je me suis abstenu parce que nous ne voyons pas la nécessité de créer une nouvelle école, alors que celles que dirige M. Bourneville suffisent aux besoins.

M. Archain. — Je me suis abstenu pour le même motif.

M. Edmond Lepelletier, rapporteur. — Je propose de fixer l'art. 6 à 4,700 francs.

M. V. Gelez. — Je crois, Messieurs, qu'il y a une confusion. Je pense que l'on avait compris que le chiffre de 20,000 francs était présenté au lieu de 4,700 francs. — M. le Président. Cela n'avait aucun rapport. — L'art. 6 est fixé à 4,700 francs.

Ainsi se trouveraient supprimées les Ecoles d'infirmiers que nous avons créées en 1878, et dont la *vingt-quatrième* année scolaire est aujourd'hui en cours, — auxquelles nous avons consacré une partie de notre existence et intéressé un grand nombre de nos amis, dont le dévouement et l'activité ne nous ont jamais fait défaut. Heureusement, pour la bonne réputation de notre pays, et dans l'intérêt du personnel secondaire des hôpitaux et surtout des malades, l'enseignement professionnel des infirmiers et des infirmières est assuré. Comme nous l'avons fait pressentir, tous les professeurs, en présence de la menace proférée par M. Lepelletier, ont, dès le 27 novembre, adressé la lettre suivante à M. le Directeur de l'Assistance publique :

« Monsieur le Directeur,

« Les soussignés, professeurs des Écoles municipales d'infirmiers de Paris, ont l'honneur de vous soumettre la proposition suivante :

« Considérant que, d'après le compte rendu de la séance du 7 novembre 1900, du Conseil municipal de Paris, les subventions accordées aux écoles d'infirmiers sont très compromises et pourraient ne pas être votées ;

« Que la suppression de l'enseignement spécial donné au personnel hospitalier qui pourrait résulter de cette mesure, porterait une atteinte sérieuse aux malades de nos hôpitaux, au personnel hospitalier et à l'œuvre de la laïcisation des hôpitaux ;

« Que, sans entrer dans d'autres considérations que celles du bien public, il importe que l'enseignement technique donné aux infirmiers et infirmières, depuis vingt-quatre ans, ne soit pas interrompu ; espérant que le Conseil municipal, mieux informé, ne tardera pas à se rendre compte des graves inconvénients qui résulteraient de la suppression des écoles ;

« Les professeurs soussignés ont l'honneur de se mettre à la disposition de votre administration pour assurer comme par le passé, *même sans subvention municipale*, le fonctionnement des écoles d'infirmiers pour lesquelles ils n'ont pas jusqu'alors marchandé ni leur temps ni leur peine.

« Comptant, Monsieur le Directeur, que vous voudrez bien faire un accueil favorable à cette demande, les soussignés ont l'honneur de vous assurer de leur profond respect et de leur entier dévouement. »

« Ont signé : Bonnaire, J.-B. Charcot, Cornet, Dauriac, Dubrisay (L.), Edwards-Pilliet, Isch-Wall, Napias (Louise), Noir (J.), Paul-Boncour, Petit-Vendol, Regnard (P.), H. de Rothschild, Schwartz, Sollier, Tissier, Viron. »

Durant les deux ou trois premières années des Ecoles, les professeurs nous ont donné gratuitement leur concours. Les professeurs actuels font preuve du même désintéressement. Quant à nous, durant les *quinze* premières années des Ecoles, nous avons dirigé l'enseignement sans recevoir aucune indemnité ; nous ferons de même pendant la vingt-quatrième année.

Les cours fonctionnent actuellement, comme par le passé, dans les quatre Ecoles d'infirmiers et d'infirmières de l'Administration de l'Assistance publique de Paris. Par le fait du Conseil municipal nationaliste, elles ne dépendent plus dudit Conseil. Aidé des professeurs des cours professionnels, des surveillantes chargées des exercices pratiques, des instituteurs et des institutrices, nous nous efforcerons de perfectionner encore l'enseignement dont nous avons la direction, afin d'assurer aux malades des soins de plus en plus dévoués et intelligents. Ce sera la meilleure réponse aux adversaires de l'œuvre vraiment patriotique et humanitaire dont nous avons l'honneur d'avoir pris l'initiative, et, quoiqu'en disent nos adversaires, que nous avons su mener à bien, mettre de pair avec les œuvres similaires des pays civilisés, en dépit d'obstacles innombrables et de calomnies sans cesse renaissantes.

Bourneville.

Nous adressons nos plus vifs remerciements aux 33 conseillers municipaux républicains qui ont voté pour le maintien de la *subvention spéciale* des Ecoles, « très minime » rémunération de services réels, et plus particulièrement à M. le conseiller Landrin et à M. Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique, qui, en excellents termes, ont défendu et les Ecoles et leur fondateur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 31 décembre.

Du sérum musculaire.

M. C. Richet propose de nommer *sérum musculaire*, ou *myosérum*, le suc de viande obtenu par compression, qui est, d'après l'auteur, la seule partie de la viande crue douée de propriétés curatives à l'égard de la tuberculose expérimentale du chien. C'est un liquide rouge, de réaction amphotérique ou très faiblement alcaline, coagulable par la chaleur et l'acide azotique. Outre les matières minérales, il renferme par kilogramme environ 50 grammes de substances albuminoïdes, parmi lesquelles il convient de citer de l'hémoglobine (1 0/00). En injection sous-sutanée ou intra-veineuse, à la dose de 5 c.c. par kilogramme d'animal, le sérum musculaire produit un abaissement notable de la pression artérielle ; l'animal présente des vomissements et de la diarrhée sanguinolente, et la mort survient en vingt-quatre ou quarante-huit heures, parfois moins, dans le coma. L'autopsie révèle une congestion intense des intestins et du foie; la coagulabilité du sang n'est pas modifiée ; les reins n'offrent aucune altération. La quantité de 3 c.c. par kilogramme d'animal est généralement supportée, mais elle constitue la limite de tolérance. La viande de bœuf fraîche donne sous une pression de 25 kilogrammes par centimètre carré, environ 33 0/0 de myosérum ; la viande congelée en fournit jusqu'à 50 0/0.

Action anti coagulente des injections intraveineuses de lait d'une espèce animale sur le sang des animaux de même espèce.

M. Camus a montré récemment que l'injection dans les veines d'un chien, de lait de vache frais et écrémé après centrifugation, rend incoagulable le sang de l'animal en expérience. M. Delezenne, ayant repris ces recherches, a obtenu des résultats analogues, mais qu'il explique par ce fait que le lait injecté ne provient pas de l'espèce à laquelle appartient l'animal qui reçoit l'injection.

Dans le but de vérifier cette hypothèse, l'auteur a expérimenté les effets du lait de chienne sur le chien ; il a vu presque constamment le sang de l'animal ainsi traité devenir incoagulable. Il importe seulement de retenir — comme l'avait déjà fait remarquer l'auteur à propos du lait de vache — que certains chiens sont absolument réfractaires aux injections lactées. Dr Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 décembre 1900. — Présidence de M. le Pr Bouchard.

Action antitoxique du glycogène.

M. P. Teissier a étudié, *in vitro*, l'action antitoxique du glycogène hépatique, suite de ses expériences sur l'action bactéricide de glycogène. Il a pris le glycogène en solution aqueuse dans des proportions variant entre 0,025 milligrammes et 0,20 centigrammes, par des doses toxiques de *nicotine, sulfate neutre de strychnine* ou de *toxique diphtérique.* Le glycogène hépatique atténue *in vitro* l'action de la nicotine; n'agit pas sur le sulfate neutre de strychnine et renforcer l'action de la toxine diphtérique. La richesse de la solution, la durée du contact, le mode de conservation sont sans action. Ces résultats sont confirmatifs des notions sur le rôle antitoxique du foie. Positifs, ils confirment que la combustion du glycogène agit comme antitoxique : négatifs, il rappellent que le foie n'arrête et ne modifie pas tous les poisons; ces résultats peuvent expliquer que les inflammations hépatiques sont le plus souvent des matières toxiques ; pourquoi, parmi les poisons générateurs de ces inflammations, la première place revient à ceux sur lesquels le suc hépatique agit moins ou n'agit pas, et peut-être à ceux à l'égard desquels le glycogène n'exerce aucune action protectrice.

Plasmozellen du grand épiploon.

M. Jalley. — On ignore si dans le tissu conjonctif normal des mammifères il y a des *plasmozellen*. Le grand épiploon des mammifères adultes (rat, chien, cobaye, lapin, etc. étalé, fixé par l'alcool ou par le liquide de Flessing coloré à la thionine présente des *mostzellen* reconnaissables à leur plasma granuleux coloré en violet-rouge; d'autres plus nombreux réunis en amas au voisinage des vaisseaux, forment des cellules agglomérées au niveau des bouquets capillaires. Ces cellules dont le protoplasme se colore en bleu ou en violet est le caractère des *plasmozellens* d'Unna; la différence avec celles de l'homme suit seulement celles d'espèce.

Sérothéraphie antirabique.

MM. Rodet et Galaville ont trouvé, chez le mouton injecté en série par des injections intraveineuses de virus rabique, un sérum antirabique, qui n'agit qu'introduit dans l'organisme en même temps que le virus, avec une période d'incubation prolongée, la mort retarde et la forme paraplégique.

Hématies des ganglions lymphatiques.

M. Retterer. — Le ganglion lymphatique élabore des globules rouges; du côté de la ligature, le ganglion lymphatique est gonflé d'hématies; du côté non ligaturé, le ganglion est vide de globules rouges.

Hyperleucocytose polynucléaire dans l'abcès du foie.

M. Boines (de Marseille) indique l'importance par le diagnostic des abcès du foie, et l'examen du sang ; la leucocytose y est de six à dix fois plus considérable que normalement ; cette augmentation porte sur les polynucléaires. Chez deux anciens dysentériques, M. Boines découvrit dans le champ du microscope, une quarantaine de polynucléaires, et le pus du foie peut être évacué par incision.

Ligature des vaisseaux spléniques et hématologie.

MM. Carrière et Vanverts (de Lille) ayant fait la ligature des vaisseaux splénique chez le chien, ont pu constater une diminution progressive du nombre d'hématies.

M. Maurel a présenté, en 1893, des notes sur les mêmes sujets que MM. Moyet et Bertrant, et avait conclu :

1° Les leucocytoses absorbent le bacille d'Eberth, mais meurent peu après.

2° Ces leucocytes résistent mieux aux bacilles à température fébrile qu'à température normale.

3° Ce bacille précipite la fibrine et semble sans action sur les hématies.

M. Griffon explique ses travaux avec MM. Besançon et Le Sourd sur le chancre mou.

M. Bouvier étudie les variations de l'instinct chez l'insecte ; les guêpes ne forment leurs nids que selon la nature du terrain et sa situation. E. P.

Séance du 5 janvier 1901. — Présidence de M. Netter.

Recherches cytologiques sur l'hydrocèle.

MM. Tuffier et Milian exposent leurs recherches cytologiques sur trois cas d'hydrocèle et montrent, que suivant la méthode de Widal et Ravaut, l'importance du diagnostic étiologique est grande.

L'hydrocèle simple est pauvre en éléments cellulaires (50 par millimètre cube) : grandes cellules ovalaires à noyau excentrique probablement endothéliales.

L'hydrocèle symptomatique de tuberculose testiculaire est riche en éléments cellulaires (2.000 par millimètre cube) ce sont des lymphocytes. Après ponction et reformation du liquide dans la tuberculose, l'épanchement devenait hémorragique et les grandes cellules endothéliales apparaissaient, ce qui semble confirmer l'hypothèse de la desquamation.

M. Griffon a ponctionné quatre cas de méningite chez l'adulte; dans un cas où il ne put rencontrer que des leucocytes polynucléaires, il s'agissait d'une méningite due

au bacille de Weichselbaum. Dans les trois autres cas, où il y avait prédominance de lymphocytes purs, il s'agissait de méningite tuberculeuse.

Boules placentaires.

M. PINORY a trouvé dans le placenta normal des cobayes des boules sarcodiques.

Par l'empoisonnement par le cantharidate de potasse, la formation des boules par le processus normal augmente; il s'en forme aux dépens des travées plasmodiales qui se détruisent; les boules représentent ici, non une secrétion, mais un déchet. Elles sont, dans les espaces sangui-maternels, l'équivalent de cellules d'épithélium desquamées

M. LETULLE a rencontré ces boules placentaires sur des placentas humains; ce ne sont ni de la graisse, ni du glycogène, ni du mucus; le volume est variable et se retrouve aussi bien dans les grossesses normales que dans les extra-utérines.

MM. ARLOING, NICOLAS et ANTONU envoient les conclusions d'un travail sur la production rapide de l'immunité et de l'antitoxine diphtérique. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 janvier. — PRÉSIDENCE DE M. MAREY.

La séance débute par un émouvant éloge de M. le Pr POTAIN, prononcé par le président, M. MAREY. Toutefois, M. Potain n'ayant pas été président de l'Académie, la séance ne peut être levée en signe de deuil.

La mortalité infantile en France.

MM. BALESTRE et GILLETTA (de Nice) montrent le rôle énorme de l'alcoolisme et des logements insalubres dans cette mortalité. Une intervention énergique de l'Etat leur paraît indispensable.

Ablation totale de l'estomac.

M. J. BECKEL (de Strasbourg), lit l'observation d'une femme de trente-huit ans à qui il a pratiqué avec succès, il y a quelques années, l'ablation totale de l'estomac pour une tumeur cancéreuse greffée sur un ancien ulcère.

Ainsi l'ablation de l'estomac est compatible avec l'existence; elle est le traitement chirurgical rationnel dans les tumeurs malignes de l'estomac pour lesquelles la gastro-entéro-anamostose ne suffit pas. La gastrectomie n'entrave pas les fonctions digestives; l'estomac ne semble avoir d'autre action que celle d'un réservoir élastique; son ablation nécessite des repas peu abondants et très fréquents.

De la résolution physiologique de sel marin dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

M. GOUZIEN, médecin principal des colonies, a constaté au Dahomey que les injections hypodermiques de la solution physiologique de sel marin donnent d'excellents résultats chez les malades atteints de fièvre bilieuse hémoglobinurique. Si au bout de vingt-quatre heures d'hémoglobinurie, l'urine ne tend pas à s'éclaircir, et que la température ne dépasse pas 39°, il pratique sous la peau du flanc une première injection de 100-300 grammes de sérum artificiel, qui est renouvelée les jours suivants, si la situation l'exige. M. Gouzien n'a jamais dépassé le chiffre de quatre injections, et dans certains cas, une ou deux injections ont suffi. M. Gouzien recommande, en outre, les injections rectales d'eau physiologique et la tisane de *cassia occidentalis* et comme médications adjuvantes: les injections hypodermiques de quinine (à petite dose), d'éther et de caféine. L'emploi de la quinine est surtout indiqué lorsqu'il existe une forte fièvre. Cinquante-trois malades ont été traités pour fièvre bilieuse hémoglobinurique dans les formations sanitaires du Dahomey, de 1897 à 1900, d'après cette méthode, et aucun n'a succombé; cependant, cette maladie présente, en particulier, sur la côte occidentale d'Afrique, un caractère de gravité bien connu.

Élections.

Classement des candidats à la place vacante de la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale. En première ligne : M. Du Castel. En seconde ligne, et par ordre alphabétique, MM. Balzer, Bardet, Delage, Gilbert, Merklen. A.-F. PLICQUE.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1903.

Prix de l'Académie : 1.000 francs. — Question : *Des moyens d'apprécier l'activité éliminatrice du rein.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) : 800 francs. — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Barbier : 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert les moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés

Prix Mathieu Bourceret : 1.200 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Buignet : 1.500 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1.500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas la somme de 3.000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1.500 francs chacun.

Prix Capuron : 1.000 francs. — Question : *De l'action des eaux salines en général sur la digestion.*

Prix Marie Chevallier : 6.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Prix Chevillon : 1.500 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux : 800 francs. — Question : *Des troubles cérébraux dans la sclérose en plaques.*

Prix Clarens : 400 francs. — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet : 1.000 francs. — Question : *Des médications générales dans le traitement du cancer.*

Prix Desportes : 1.200 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Concours Vuilfranc Gerdy. — Le legs Vuilfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France et de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de Médecine.

L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de Medecine; la liste d'inscription sera close le 1er décembre 1903. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1904. Une somme de 1.500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Godard : 1.000 francs. — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Herpin (de Genève) : 3.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Itard : 2.400 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie : 5.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey : 500 francs. — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval : 1.000 francs. — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de Médecine.

Prix Lefort : 300 francs. — Ce prix, qui ne pourra pas être divisé, sera attribué à l'auteur du meilleur travail original, et non d'une œuvre de compilation sur l'étude chimique des eaux minérales et potables.

Prix Lorquet : 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot : 2.600 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Monbinne : 1.500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1.500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. » Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission adresseront leur demande au président de l'Académie; ils seront invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

Prix Nativelle : 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont : 1.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat (Médecine).

Prix Portal : 600 francs. — Question : *Anatomie pathologique des salpingites dans les rapports avec les causes productrices.*

Prix Pourat : 700 francs. — Question : *Les sécrétions microbiennes et leur action physiologique dans la genèse des maladies.*

Prix Ricord : 600 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Henri Roger : 2.500 francs.—Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (pathologie, hygiène et thérapeutique). (Il faut que les ouvrages aient au moins deux ans de publication.)

Prix Tarnier : 3.000 francs. — Ce prix, qui ne pourra pas être partagé, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

Prix Tremblay : 7.200 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires : catarrhe de la vessie, affections de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

Prix Vernois : 700 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 janvier 1901. — Présidence de M. Richelot.

Examen du sang dans le cancer de l'estomac.

M. Tuffier apporte quelques observations dans lesquelles le diagnostic de cancer de l'estomac n'a été fait que grâce à l'examen du sang; plusieurs points ressortent de ces observations; la leucocytose n'est pas absolument constante, elle est parfois temporaire et existe dans différentes infections, mais là elle est moindre.

M. Hartmann pense qu'il faut, dans ces examens du sang, bien spécifier s'il s'agit des polynucléaires ou de mononucléaires, pour différencier la leucocytose du cancer de celle des infections ou suppurations.

Intervention chirurgicale dans les perforations typhiques.

M. Loison, à l'occasion de la récente discussion sur la perforation typhique, donne les principaux symptômes de cette complication; au cours du quatrième au cinquième septennaire, survient une douleur brusque, une modification subite de la température en plus ou en moins, et une augmentation de rapidité du pouls qui devient plus faible.

Le moment de l'intervention a une importance capitale pour le succès opératoire.

M. Hartmann pense, comme M. Lejars, qu'il faut le plus tôt possible intervenir; le succès dépend beaucoup de la période à laquelle se produit la perforation, mais surtout, de la précocité de l'intervention; l'hématologie est également fort importante, la perforation s'annonçant par une leucocytose marquée.

Schwartz.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 20 décembre 1900.

Appareils à injection de sérum artificiel.

MM. Hallion et Carrion. — Cet appareil est constitué par un gros ballon, à deux orifices, l'un supérieur, l'autre inférieur. L'orifice inférieur se continue avec un tube de caoutchouc qui se termine par une aiguille de platine iridié. Par l'orifice supérieur l'air entre par filtration sur un tampon d'ouate, contenue dans un petit tube courbé en verre qui, suivant sa situation permet ou non l'accès de l'air dans le ballon. Cet appareil permet de graduer la rapidité de l'injection, c'est-à-dire de faire des injections lentes et répétées sans avoir besoin d'une stérilisation nouvelle. M. Hallion insiste sur ce fait que l'injection lente est plus rapidement absorbée et moins douloureuse, car il n'y a pas de tiraillement de filets nerveux.

Déformation congénitale d'une jambe; photographie et radiographie faites avant et après le traitement.

MM. Chavane et Bouchacourt. — Il s'agit d'un enfant chez lequel on constatait, immédiatement après la naissance, une coudure de la jambe gauche, qui formait un angle ouvert en avant et en dehors. La radiographie montre que le tibia et le péroné existaient tous deux, mais qu'ils étaient incurvés au niveau de leur tiers inférieur. M. Chavane, ayant traité cet enfant par des massages, le redressement est en très bonne voie ainsi que le montre une radiographie récente. Quant à l'origine de cette malformation congénitale on ne peut qu'émettre des hypothèses.

Diabète insipide et grossesse.

MM. Chavane et Faure Miller rapportent l'observation d'une femme chez laquelle, trois fois de suite, la grossesse à amené une polytrie extrêmement abondante, car elle a atteint 15 à 18 litres par jour. Il y avait polyphagie et polydipsie. En dehors des grossesses, la quantité d'urine émise en 24 heures était d'environ 5 litres. La santé générale de cette femme ayant toujours été excellente, aucun traitement n'a été employé. M. Chavane note que cette urine contient 1 gr. 50 d'acide phosphorique, 32 grammes d'urée par jour et pas de sucre. Cette observation est intéressante, surtout par l'extrême bénignité de ce diabète insipide, alors que dans deux cas rapportés par M. Vinay les femmes sont mortes. La malade de M. Chavane a été une nourrice remarquable, alors que M. Vinay déconseille l'allaitement d'une façon absolue dans les cas de ce genre.

M. Boissard a observé une femme qui buvait 15 à 18 litres par jour, et qui urinait la même quantité à peu près, cette urine étant très peu dense. La grossesse n'a pas modifié l'état de cette malade.

M. Bar a vu à l'hôpital, alors qu'il remplaçait M. Tarnier, un cas de diabète insipide; cette femme urinait 8 à 10 litres par jour. La guérison survint rapidement à la suite d'ingestion de bromure de potassium, de même que chez une malade du même genre et habitant Athènes, pour laquelle il fut consulté par correspondance. Cette question du diabète insipide est très complexe. Y-a-t-il simplement miction aqueuse, ou est-ce de la dénutrition générale ? Les chiffres même de M. Chavane indiquent que dans son cas il y avait à la fois diabète azoté et diabète phosphoré, correspondant à une dénutrition très rapide. Le système nerveux était donc touché, c'était même un diabète strictement nerveux, qu'on aurait dû traiter par le bromure de potassium et l'antipyrine.

Histoire obstétricale d'une grande multipare.

M. Boissard rapporte l'observation d'une femme, chez laquelle une viciation pelvienne d'origine rachitique avec diamètre promonto-sous-pubien de 10 centimètres donna lieu a des modes opératoires très différents lors de ses divers accouchements.

Les grandes variations qui ont été observées tiennent à l'époque de ses divers accouchements, bien plus encore qu'à la tendance particulière des accoucheurs. Ce bassin annelé, ayant de la place sur les côtés fut traversé par neuf fœtus.

Au premier accouchement on fit une craniotomie. Les accou-

chements suivants, jusqu'au cinquième inclusivement, furent provoqués avant terme par des moyens différents : bougies, écarteur de Tarnier, ballon. Au sixième accouchement M. Champetier fit une symphyséotomie à l'hôpital Tenon.

Les trois grossesses suivantes se terminèrent à terme et donnèrent des enfants vivants, le dernier pesant 4.150 grammes, ayant été extrait par les versions podoliques.

Il faut noter que la symphyséotomie n'avait amené ni écartement ni relachement des symphyses. Cette histoire montre bien que les résultats peuvent être équivalents avec des méthodes très différentes, et que pour les rétrécissements moyens du bassin (entre 9 et 10 centimètres) il n'y a pas de conduite à tenir uniforme.

Opération césarienne.

M. Boquel (d'Angers). — Il s'agit d'une primipare de vingt ans et demi chez laquelle le diamètre promonto-sous pubien était de 8 centimètres. L'accouchement prématuré a été écarté ainsi que la symphyséotomie pour faire la césarienne qui n'a rien présenté de particulier, sauf une diarrhée avec température élevée le quatrième jour.

A propos d'un cas de grossesse extra-utérine.

M. Rastouil présente des pièces se rapportant à une grossesse extra-utérine qui fut opérée par M. Ricard, à Saint-Louis, le 28 novembre 1900. Il s'agit d'une primipare qui, après neuf mois d'aménorrhée, ressentit de violentes douleurs au niveau de l'ombilic et rendit des membranes blanchâtres au milieu de douleurs intolérables. A la fin du septième mois cette femme n'avait plus senti remuer et avait présenté une montée laiteuse. A partir de ce moment la malade ne souffrit plus, mais son abdomen contenait une masse qui remontait à un travers de doigt au dessus de l'ombilic ; le corps utérin était petit, déjeté à gauche, extrêmement mobile.

La laparotomie fut faite — alors que ce fœtus mort séjournait depuis deux ans dans la cavité abdominale de cette femme, qui le tolérait d'ailleurs parfaitement, son état général étant excellent. La laparotomie fit tomber sur le placenta sur lequel se trouvaient des anses d'intestion grêle. Le fœtus était enroulé sur le placenta qui avait la forme d'une boule et qui fut difficile à libérer. Cette masse placentaire ayant l'aspect d'un fibrome, l'examen histologique seul en permit la détermination. En résumé, cette femme a gardé pendant deux ans, sans incident, un fœtus mort à 7 mois — alors qu'il y avait lieu de craindre une évacuation par les réservoirs ou par la paroi abdominale.

La radiographie métrique.

M. Fabre (de Lyon). — Dans la communication du mois d'août 1900, M. le Pr Fochier concluait que la radiographie métrique, appliquée avec soin, peut en clinique donner des résultats très exacts dans l'évacuation des diamètres transverses du bassin et dans la reproduction de la courbe de l'arc antérieur. Il formulait en même temps deux objections : 1° le promontoire n'est pas visible ; 2° il est difficile d'amener la coïncidence entre le plan du cadre et le détroit ; 3° pour la position *sur le ventre*, le promontoire se dégage et apparait très nettement ; 3° la coïncidence entre les deux plans n'est pas absolument nécessaire, on a de meilleurs résultats en étant dans le plan, mais du voisinage de cette position idéale, il en est beaucoup qui sont suffisantes pour obtenir un résultat satisfaisant. Le détroit supérieur n'est pas contenu dans un même plan, de là la nécessité de se servir d'un cadre double, l'un est fixé dans le plan de la région antérieure du détroit, déterminé par le fond supérieur du pubis en avant et les épines iliaques en arrière, l'autre est placé dans le plan du promonto-pubien qui aboutit en arrière à 3 ou 6 centimètres au-dessus des épines, suivant la forme du bassin. Avec la position *sur le ventre* et le cadre double, les résultats des mensurations sont très bons.

Établissement tardif de la sécrétion lactée. — Les débiles doivent être nourris par leur mère.

MM. Budin et Perret. — Madame S..., primipare, 22 ans, accouche prématurément le 30 octobre 1900 d'un enfant pesant 2.040 grammes. Ne pouvant le soigner chez elle, elle le place dans un établissement de couveuses où il reste quinze jours et en sort pesant 2.060 grammes. Mais la mère n'ayant pas de lait dans ses seins pour le nourrir et ne pouvant prendre une nourrice, met l'enfant au biberon. Il est pris de diarrhée, ses gardes-robes sont fétides et il dépérit. Sur les conseils d'un médecin elle apporte son enfant à la clinique où il arrive pesant 1.770 grammes. Nous mettons l'enfant au sein d'une nourrice, son tube digestif est remis en bon état, il se développe bien et pèse aujourd'hui 2.660 grammes.

Mais nous ne nous sommes pas contentés de soigner l'enfant, nous avons voulu qu'en sortant de la clinique, sa mère eut du lait pour l'élever ; dans ce but nous avons fait têter cette femme par un gros enfant et, bien qu'elle fut accouchée depuis cinq semaines, bien qu'elle n'eut pas eu de montée laiteuse, sous l'influence des succions régulières et répétées d'un enfant déjà fort, nous avons vu la secrétion lactée s'établir peu à peu ; elle a pu, à un moment donné, nourrir seule son enfant et même nous aider à en élever d'autres, car, le jour de son départ, le 20 décembre, elle a fourni dans la journée 960 grammes de lait.

Ce fait, et d'autres rapportés par M. Budin, montre que les débiles ne doivent pas être séparés de leur mère, et qu'on doit faire tout son possible pour qu'ils soient nourris et élevés par elles.

Avortement de cinq mois. — Fœtus partiellement extra-amniotique.

MM Bonnaire et Maury. — L'intérêt de cette présentation de pièces est la forte disproportion qui existe entre le volume du fœtus et la capacité de l'œuf, dont les membranes sont à peine suffisantes pour former une calotte à la tête fœtale.

Le placenta est largement bordé d'une collerette de caduque épaissie, grisâtre, infiltrée de foyers hémorragiques. Cette altération de la caduque avait été reconnue pendant la grossesse, grâce à un écoulement offrant tous les caractères de l'hydro-hématorrhée déciduale. De plus, l'examen obstétrical avait permis de constater l'évacuation complète du liquide amniotique.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Rédacteur spécial : M. le Dr Ramond.

I. — L'hématozoaire du béri-béri ; par Fajardo. (*Centralb. fur Bakt.*, 1900)

I. — Si la clinique démontre dans beaucoup de cas la nature infectieuse du béri-béri, il n'en est pas moins vrai que jusqu'ici les recherches bactériologiques sont restées sans résultat précis ; on a décrit des microbes des plus divers, rencontrés dans un cas, absents dans un autre. Cependant il n'est pas inutile de connaître tous ces faits, bien que disparates ou contradictoires ; car peut-être l'un d'eux renferme une grande part de vérité. C'est ainsi que Fajardo, examinant les centres nerveux d'individus, ayant succombé en cours de béri-béri, a rencontré d'une façon constante, dans l'encéphale, aussi bien dans la substance grise que dans la substance blanche, des formations cellulaires, renfermant une grande quantité de granulations pigmentaires. L'auteur n'hésite pas, peut-être sans preuves suffisantes, à en faire des productions parasitaires du genre hématozoaire.

II. — Séro-diagnostic de la tuberculose ; par Bendix. (*Deutsch. med. Wochensch.*, 5 avril 1900.)

II. — On sait que MM. Arloing et Courmont effectuèrent les premiers le séro-diagnostic de la tuberculose humaine, grâce à l'emploi de cultures de bacilles de Koch, spécialement préparées. Leurs recherches ont été confirmées à maintes reprises, et tout récemment encore par M. Bendix. Sur 36 tuberculeux, examinés par l'auteur allemand, il y eut constamment un résultat positif, d'autant plus intense, d'ailleurs, que la tuberculose était moins avancée et à marche lente. Ce qui tendrait à prouver que, chez le tuberculeux, la séro-réaction est en même temps une réaction d'immunité. Dans les cas de tuberculose ulcéreuse à marche aiguë, ou bien dans les cas

de granulie mortelle, la séro-réaction ne donne, par contre, que des résultats nuls ou douteux.

III. — Contribution à l'étude de la bactériologie du pneumo-typhus; par Stuhlern. (*Centralb. Bakt.*, 1900.)

III. — On a beaucoup discuté sur la nature du pneumo-typhus. Est-ce une manifestation due exclusivement au bacille d'Eberth, ou bien n'est-ce tout simplement qu'une inflammation banale, à streptocoques ou à pneumocoques, évoluant chez un typhique. Il semble que les deux opinions soient vraies, suivant les cas considérés.

En effet, Brühl, Achard et Castaigne ont rencontré uniquement le bacille d'Eberth dans les exsudats pulmonaires de typhiques, alors que d'autres auteurs, et en particulier, Chantemesse et Widal, isolèrent à la fois du pneumocoque et du bacille typhique. C'est à un résultat identique qu'est arrivé Stuhlern dans deux cas de pneumo-typhus. L'examen des crachats et de la sérosité pulmonaire, retirée aseptiquement par ponction capillaire du poumon, lui démontra la présence du pneumocoque associé à un bacille d'Eberth authentique.

IV. — Pathogénèse de l'éclampsie puerpérale; par Stroganoff. (*Zeitsch. f. Klin. méd.*, 1900).

IV. — Il ne s'agirait plus pour l'auteur d'une auto-intoxication, comme la chose est admise par la plupart, mais bien d'une véritable maladie toxi-infectieuse, portant ses manifestations anatomiques sur les reins, le foie et le cerveau, et se traduisant par les convulsions.

V. — La peste bubonique de Porto; par R. Jorge. (*Porto, Lib. Teixeira*, 1 vol. in-8, 78 p., avec planches et figures.)

V. — Le Pr R. Jorge a droit à la reconnaissance du monde civilisé pour le courage qu'il a développé au cours de la récente épidémie de peste de Porto, en dénonçant l'éclosion du fléau, malgré la pression de son entourage et des autorités, qui ne voulaient voir dans la peste qu'une banale épidémie de grippe ou de fièvre typhoïde. Dans l'ouvrage qu'il vient de faire paraître, l'auteur se borne à publier les nombreux rapports sanitaires remis aux autorités supérieures ; on y puisera néanmoins des renseignements précieux sur la marche de l'affection, et sur l'efficacité des mesures hygiéniques pour limiter la contagion. Le livre se termine par le tableau des différents cas signalés jusqu'en novembre 1899. (89 cas ayant fourni 35 décès.)

VI. — Action thérapeutique du sérum anti-pneumonique; par Panne. (*Riforma med.*, octobre 1898.)

VI. — L'innoculation sous-cutanée à l'âne ou à la génisse de cultures virulentes de pneumocoques donne, après plusieurs injections, un sérum anti-toxique des plus efficaces, puisqu'il neutralise une quantité vingt fois mortelle de cultures de pneumocoques. Administré à 10 pneumoniques gravement atteints, à la dose de 20 cc. tous les deux jours, ce sérum amena une amélioration rapide et complète, dès la deuxième injection, chez sept malades; les trois autres succombèrent cependant; mais il s'agissait d'individus âgés, alcooliques et atteints antérieurement de néphrites scléreuse.

VII. — Les néphrites chroniques hématuriques: par G. Michaux. (Th. Doctorat, Paris 1900.)

VII. — En présence d'une hématurie chronique persistante, on songe volontiers à la lithiase rénale, à la tuberculose ou au cancer du rein, toutes affections justiciables en partie du traitement chirurgical. Il est donc d'un grand intérêt de connaître, et de diagnostiquer au besoin, une autre variété d'hématurie chronique, dépendant d'une néphrite, et justiciable aussi d'un traitement chirurgical, si l'hématurie prend un développement par trop considérable.

Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agit de néphrites mixtes, avec prédominance très marquée des lésions sur l'appareil glomérulaire et sur le tissu conjonctif interstitiel. Ces néphrites chroniques se manifestent cliniquement par le syndrome banal de toute néphrite, auquel s'ajoutent l'apparition de douleurs et d'hématurie unilatérales. C'est pourquoi la néphrotomie est possible, puisque l'hématurie n'est jamais bilatérale.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

La condamnation des magnétiseurs.

Dans notre dernier Bulletin, nous avons annoncé la condamnation des magnétiseurs. L'opinion de la Chambre criminelle de la Cour de cassation a été fortement influencée par le rapport de MM. Dupré, agrégé à la Faculté de Médecine, et Rocher, avocat à la Cour d'appel, qui, au nom de la *Société de médecine légale*, ont étudié cette question pour le XIIIe *Congrès de médecine* (section de médecine légale). Nous pensons qu'il est intéressant de reproduire aujourd'hui le compte rendu résumé de ce rapport :

Des délits qui peuvent résulter de la pratique du magnétisme par des personnes non diplômées. — MM. Dupré, agrégé de la Faculté, et Rocher, avocat à la cour de Paris, se sont partagé la tâche de rapporter cette belle question devant la section, et ils l'ont fait avec un plein succès. La question a vivement intéressé la section, car, comme l'a dit M. Dupré, « l'étude de l'hypnotisme est un des domaines où se rencontrent avec le plus d'intérêt commun et de profit réciproque tous ceux qui, médecins, magistrats, avocats, législateurs ou psychologues, cultivent la médecine légale ». La pratique de l'hypnotisme a sur les sujets des conséquences que le médecin légiste doit connaître. Ces conséquences sont les unes immédiates, les autres lointaines; les unes d'ordre *médical*, les autres d'ordre *social* : il nous faut indiquer brièvement les principales. Par sa définition même, l'état hypnotique est un *état pathologique*. En effet, le grand hypnotisme se confond, dans ses manifestations, avec les crises cataleptiques, somnambuliques ou léthargiques de l'hystérie. Le petit hypnotisme, avec ses différents degrès (états de charme, de fascination, de léthargie lucide, etc.), représente autant de variétés d'automatisme morbide. L'hypnotisme est donc, dans l'ordre thérapeutique, assimilable à tous les agents médicamenteux ou physiques, dont le maniement délicat exige l'intervention d'un médecin éclairé sur les indications à remplir, les dangers à éviter et la méthode à suivre. Le médecin a donc seul qualité pour pratiquer l'hypnotisme, et encore ne doit-il en user que dans certaines conditions déterminées, que nous n'avons pas à rappeler ici.

Même entre les mains d'un médecin compétent, à plus forte raison entre les mains d'un ignorant, la pratique de l'hypnotisme peut comporter, dans le domaine médical, des conséquences, d'ordre pathologique, assez variées ; les unes immédiates, les autres plus éloignées, les unes bénignes et passagères, les autres sérieuses et tenaces. Ces accidents psychopathiques, imputables à la pratique inconsidérée de l'hypnotisme, sont de trois ordres : *hystérique*, *neurasthénique* et *vésanique*. Les accidents *hystériques* consistent en diverses manifestations de la névrose (attaques convulsives, paralysies et contractures, crises de somnambulisme spontané. etc.), dont l'hypnotisation a été la cause occasionnelle. Parmi les agents provocateurs de l'hystérie, l'hypnotisme figure au premier rang. Les accidents *neurasthéniques* ou *hystéro-neurasthéniques*,, secondaires aux séances hypnotiques, sont très fréquents (céphalée, insomnies, asthénie neuro-musculaire, aboulie, incapacité de travail mental, etc.). Les accidents *vésaniques* sont ceux qui résultent du trouble apporté par les pratiques hypnotiques dans l'équilibre instable de la mentalité des dégénérés. En exaltant l'émotivité des déséquilibrés, en éveillant les aptitudes délirantes des débiles ou des prédisposés, l'hypnotisme peut déterminer chez eux des accidents épisodiques, qui ont pour fonds commun la dégénérescence mentale et pour cause occasionnelle l'ébranlement psychique, souvent même léger, dû aux manœuvres magnétiques (états d'obsession, d'anxiété, d'aboulie, phobies, idées fixes, bouffées délirantes, etc.). Ces accidents psychopathiques se développent en raison directement proportionnelle à la répétition des pratiques, à la prédisposition nerveuse des sujets, et à la publicité des séances d'hypnotisme.

Cette première catégorie de méfaits dus à l'hypnotisme résulte de l'incompétence des hypnotiseurs non diplômés, qui, en maniant à tort et à travers un agent thérapeutique redoutable dont ils ignorent les dangers, font de la médecine un exercice illégal et périlleux, et portent à leurs clients, par

imprudence et légèreté, un préjudice le plus souvent inconscient et involontaire.

Une deuxième catégorie de méfaits, dus à l'hypnotisme, résulte non plus de l'incompétence, mais de la *malhonnêteté* des hypnotiseurs : elle vise, dans le domaine social, des faits d'*ordre criminel*. L'hypnotisme a, de tout temps, été pratiqué par des magnétiseurs plus ou moins professionnels, des guérisseurs non médecins, des charlatans exploiteurs de la crédulité publique, des amateurs de salon, des somnambules de foire ou de cabinet. Toutes ces catégories d'hypnotiseurs constituent un monde de moralité suspecte, qui exerce ses pratiques sur des sujets à mentalité faible et déséquilibrée, et peut-être entraîné, par conséquent, à faire de l'hypnotisme un usage intéressé et malhonnête, et à porter à leurs clients, par calcul, un tort prémédité et criminel. L'observation des faits démontre qu'un certain nombre d'attentats, physiques et moraux, peuvent être commis sur la personne des hypnotisés par les hypnotiseurs. Parmi tous ces méfaits, celui qui peut être considéré comme le *crime hypnotique* par excellence, est le *viol, l'attentat à la pudeur*.

Peut-on suggérer — au sens vrai, *hypnotique* du mot — un crime? M. Dupré répond fort justement qu'il est possible de suggérer à certains sujets l'idée et l'accomplissement d'un crime (vol, incendie, assassinat). Mais plusieurs conditions sont nécessaires pour la réalisation de *l'expérience*. La première est que le sujet ait été déjà souvent endormi, que sa suggestibilité ait été cultivée, développée et assouplie par le même hypnotiseur : la seconde, est que l'action criminelle se réduise à un simple délit (larcin, mensonge, etc.), ou à un *crime de laboratoire*. Dans les deux cas, en effet (simple délit ou crime fictif), la résistance morale de l'hypnotisé ne se réveille pas et l'acte est commis. Dans le cas, au contraire, d'une suggestion *franchement criminelle, l'hypnotisé résiste* : la suggestion par l'hypnotisme du crime vrai, réel, *n'est pas prouvée*. Parmi les délits résultant de la pratique de l'hypnotisme par des personnes non diplômées, rentrent encore tous les faits d'*abus de confiance*, commis par les somnambules et hypnotiseurs professionnels aux dépens de leurs clients. Ces résultats ne proviennent d'ailleurs que bien indirectement de la pratique de l'hypnotisme, et sont plus imputables à la débilité mentale de la clientèle des cabinets de magnétisme, qu'à la pratique de l'hypnotisme proprement dit. Le plus souvent, l'hypnotisme n'est pour rien dans la mise en scène de l'exploitation du client : l'hypnotisation, lorsqu'elle intervient, est pratiquée par un hypnotiseur associé, sur la somnambule dite lucide, et non sur le client, dont la naïve crédulité est exploitée, à l'état de veille, par la complicité et pour le compte des deux compères.

M. Rocher, auquel était dévolue la *partie juridique*, a posé la question très nettement. L'intérêt social exige impérieusement que le maniement du magnétisme soit interdit à toute personne qui ne présenterait pas les garanties indispensables de savoir et d'expérience. Par quelles voies atteindre, et comment réprimer (réprimer c'est prévenir) les pratiques des individus de tous ordres, amateurs philanthropes ou entrepreneurs intéressés, dépourvus de titres réguliers, étrangers à l'art de guérir, et par là même capables de faire de l'hypnotisme un agent nuisible à la santé publique? M. Rocher estime que les délits à poursuivre sont ici de trois ordres : 1° Délit d'exercice illégal de la médecine; 2° Délit d'escroquerie; 3° Délit d'imprudence. Il croit que sous un de ces trois chefs le tribunal peut atteindre le charlatan magnétiseur.

Le rapport de MM. Dupré et Rocher, a donné lieu à une brillante discussion dans laquelle sont intervenus médecins et juristes : les médecins tels que MM. Motet, Szigeti, etc., pour signaler des cas de *mort* consécutifs à la pratique de l'hypnotisme par des charlatans ; les juristes pour donner leur avis sur la meilleure manière d'atteindre les irréguliers de l'hypnotisme. Me Demange a conseillé de déclarer hautement que l'hypnotisme était un procédé thérapeutique : quand le fait sera bien établi, la Cour suprême aura une base pour se prononcer en dernier lieu et frapper les magnétiseurs acquittés ailleurs.

La section de médecine légale, en conclusion de la discussion, a adopté le vœu suivant :

« L'hypnotisme et le magnétisme sont de véritables agents thérapeutiques, dont l'emploi inconsidéré peut entrainer de graves conséquences. La pratique en doit être réservée aux personnes pourvues du diplôme de docteur en médecine (art. 1er et 16 de loi de novembre 1892).

Le XIIIe Congrès international de médecine (section de médecine légale) émet le vœu que dans tous les pays la législation soit amendée ou étendue de manière à empêcher cet exercice illégal de la médecine, sous quelque forme et quelque titre que se déguisent les pratiques psychothérapeutiques. »

Arrêt de la Cour de cassation contre les magnétiseurs.

La Cour, etc. Attendu qu'il est constaté en fait, tant par l'arrêt attaqué que par le jugement dont il s'approprie les motifs, que Mouroux, non investi du titre de docteur en médecine et ne s'offrant à sa clientèle que comme magnétiseur, avait à Angers, où il s'était établi, donné des soins suivis à ceux qui les sollicitaient en vue de la guérison ou du soulagement de leurs maux ;

Attendu en droit qu'aux termes de l'article 16 de la loi susvisée : « Exerce illégalement la médecine, toute personne qui, non munie du titre de docteur, prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales », délit que l'article 18 de la même loi punit d'une amende de 100 à 500 francs ;

Que l'arrêt attaqué, pour écarter l'application de ces articles aux faits constatés, tout en reconnaissant qu'il résultait des débats que les soins donnés par Mouroux à ses malades avaient consisté « à pratiquer sur eux par dessus leurs vêtements des passes magnétiques » et « quelquefois leur fournir de l'ouate aimantée », s'appuie sur l'unanimité de leurs témoignages, d'où il serait résulté qu'il se livrait uniquement à ces pratiques sans prescrire aucun traitement ni recourir à aucune opération, pour en déduire que Mouroux ne saurait être considéré comme ayant ainsi pris part au traitement de maladies et commis par là, faute du titre qui confère ce droit aux seuls docteurs, le délit qui lui était reproché ;

Que, pour justifier par une modification que la loi de 1892 aurait apportée sur ce point à la loi de ventôse, cette interprétation favorable à la défense, la Cour d'Angers a cru pouvoir déclarer « que le magnétisme ne peut être considéré comme un traitement » au sens de la seconde de ces deux lois.

Qu'aux termes exprès de l'article 16 de cette dernière loi, qui n'excluent de la qualification légale du délit aucun mode de traitement, dès qu'il est habituel ou suivi, l'arrêt attaqué oppose les déclarations du rapport à la chambre portant que « jamais l'intention de la commission n'avait été de viser les magnétiseurs » et que, par suite, « les articles punissant l'exercice illégal de la médecine ne pourraient leur être appliqués que le jour où ils sortiraient de leurs pratiques habituelles, et, sous le couvert de leurs procédés, prescriraient des médicaments ou chercheraient à réduire des luxations ou des fractures » ;

Attendu que s'il est exact que cette interprétation de l'article susvisé ait figuré dans le rapport présenté au nom de la commission, il ne peut suffire pour donner le droit de l'opposer aux termes formels de cet article de constater, comme le fait l'arrêt attaqué, qu'aucune objection n'a été soulevée contre cette interprétation et que la loi a été définitivement adoptée tant par le Sénat que par la Chambre, sans protestation ni réserve ;

Que ce silence ne saurait à lui seul, en présence de la contradiction qui existe entre cette interprétation et les termes généraux de l'article adopté par le Parlement, autoriser le juge à substituer dans son application de la loi cette interprétation individuelle au sens normal et contraire de la loi même.

D'où il suit qu'en le faisant, loin de justifier sa décision de relaxe, l'arrêt attaqué a, par une distinction arbitraire, expressément voilé les dispositions de loi invoquées par les deux pourvois. Par ces motifs, casse... et renvoie devant la Cour d'appel de Rennes.

ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS.

Modifications aux articles 11, 144 et 217 du Réglement général sur le service de santé, en ce qui touche la date d'ouverture du concours de l'internat en médecine, et la date d'entrée en fonctions des éléves internes et externes en médecine.

Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique : Vu la loi du 10 janvier 1849, articles 1er et 5, § 10, et celle du 7 août 1851, art. 8 *in fine*; vu la pétition formée par un groupe de candidats au concours de l'internat en médecine, et tendant à la modification de la date d'ouverture de ce concours; sur l'avis conforme émis par le Conseil de surveillance dans sa séance du 6 décembre 1900 :

Arrête : Article premier. — Sont complétés ou revisés, ainsi qu'il suit, les articles ci-après du règlemont général sur le service de santé, savoir :

1° Le § 2 de l'article 11, ainsi conçu : « Des concours sont ouverts chaque année, pour les places d'élèves », est complété comme suit : « Le concours pour les places d'élèves internes en médecine s'ouvrira le troisième lundi du mois de décembre, et celui pour les places d'élèves externes en médecine, le troisième lundi du mois d'octobre. La date d'entrée en fonctions des élèves est fixée : Pour les élèves internes en médecine, au 1er mai, et pour les élèves externes en médecine au 15 mai. »

2° Le § 2 de l'article 217, relatif aux conditions d'admission au concours de l'internat en médecine, est revisé ainsi qu'il suit : « Ces élèves ne peuvent toutefois prendre part à ce concours que pendant les huit années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine. Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comptées dans ce délai : »

3° L'article 144 qui détermine les conditions dans lesquelles des mutations et permutations peuvent être autorisées entre les élèves des hôpitaux est complété comme il est dit ci-après :

« Les élèves sont attachés au service. Les chefs de service ne peuvent, en conséquence, être autorisés, lorsqu'ils changent de service, à emmener avec eux les élèves internes et externes qui ont été désignés pour les assister. Cette autorisation pourra, toutefois, être accordée, par exception, aux chefs qui ne feraient que changer de service dans le même établissement. »

Art. 2. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le Préfet de la Seine.

Fait à Paris, le 17 décembre 1900. Pour le directeur et par délégation, *le Secrétaire général, signé* : H. DEROUIN.

Vu et approuvé : Paris, le 3 janvier 1901. *Le Préfet de la Seine, signé* : J. DE SELVES.

Pour ampliation : *Le Secrétaire général de l'administration de l'Assistance publique*, pour le Secrétaire général, l'Inspecteur, GORY.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des bronchites chroniques.

Diminuer la toux, modifier les sécrétions, détruire les agents pathogènes, amener la cicatrisation des régions ulcérées, augmenter l'appétit et relever ainsi l'état général, voilà les indications les plus importantes du traitement des bronchites chroniques, même d'origine tuberculeuse. L'hélénine de Korab remplit fidèlement ces indications. Le Dr de Korab, dans une communication adressée à la Société de Biologie, a démontré que cette substance était un modérateur du système réflexe et par conséquent de la toux, un modérateur de la nutrition et un agent eupeptique. Son action sur les glandes, et tout particulièrement sur celles de la muqueuse bronchique, a été démontrée par Cl. Bernard et Vulpian. M. le Dr de Korab, dans une communication à l'Académie des Sciences, et le Dr Pillatte, dans sa thèse, ont mis en lumière les propriétés microbicides de l'hélénine; son élimination par les voies respiratoires active la réparation des lésions ulcéreuses qui ont pu s'y produire. Ce médicament doit se prescrire sous forme de *globules d'hélénine du Dr de Korab*, à la dose de 3 à 6 par jour.

VARIA

Liste de classement des externes.

1. MM. Barbier, Paul Mathieu, Agasse-Lafont, Garban, Hovelacque, Lemaitre, Quinsac, Chartier, Gruget, Krantz, Picquet, Roux, Stèvenin, Raymond Vincent, Abrami, Cotard, Dubois, Giret, Gomand, Perreaux.

21. Cerise, Froget, Legroux, Monod, Pottet, Tessier, Verliac, Delaunay, Gernez, Rollin, Vigneron d'Heucqueville, Woimant, Cantonnet, Gahinet, Kahn, Lacroix, Lasnier, de Lastic, Legrand, Malloizel.

41. Peyron, Pierre, Rolet, Autefage, Gourmand, Saillant, Alph. Baudoin, Bureau, Huré, Lamarre, Laplace, Marzan, Péricat, Privat, Racouchot, Thaon, Theulet-Luzié, Courtois, Denis, Devraigne.

61. Lebhard, Onfray, Stroehlin, Boulard, de Brunel de Serbonnes, Chochon-Latouche, Filhoulaud, Robert Henry, Charles Nicolas, Renaudin, Tillaye, Villaret, Auburtin, Emile Baudoin, Boisson, Octave Claude, Français, Houzel, Jules Laborde, Lavenant.

81. Menet, Pillet, Quillon, Rouet, Senlecq, Sircoulon, Boudet, Buizard, Burcker, Castex, Doury, Laurence, Lebras, Lemarchal, Lemarignier, Marre, Molimar, Emile Petit, Sénéchal, Tansard.

101. Tremolières, Vacquerie, Wicart, Bauer, Boidin, Bourguignon, Cointepas, Digne, Dromard, Durey, Gandeau, Landowsky, Lutaud, Perpère, Rodocanachi, Roques, Trouvé, Blanche, Flurin, Foucart.

121. Guerder, Mocquot, Rais, de Saint-Mathieu, Vicq, Bidel, Bouchot, Boudreaux, Braunberger, Georges Claude, Deglos, Fontanié, Gillot, Gros-Dévaud, Grosset, Horteloup, P.-G.-A. Mathieu, Mlle Maugeret, MM. Nivet, Ripart.

141. Roger, Roland, Abrand, Braun, Brissaud, Chardon, Christescu, Henri Cordier, Daverne, Decq, Gimbert, Handelsmann, Sempé, Vrain, d'Abbadie, Algret, Barnsby, Beaufumé, Bloch, Bonamy.

161. Brissy, Burgaud, Darré, Delaage, Joseph Fabre, Georget, Gerst, Fessard, Lardennois, Le Play, Levassort, Lhermitte, Privat de Fortunie, Rabier, Renaud, Rigollot-Simonnot, Rousseau, Sauphor, Velet, Vannier.

181. Bailly, Blain, Caraguel, Chauveau, Duchet-Suchaux, Fernet, Jaussemet, Le Berre, Ort, Potelet, Séguin, Tribaudeau, Ambard, Bouchez, Louis Bour, Choutet, Crouzet, Dennecé, Figuiera, Friedel.

201. René Gillet, Jamet, Pfister, Préciade, Ricou, Royer, Trocmé, Vautier, Pierre Vincent, Alazard, Beaufils, Bouygues, Chandesris, Chaudron, Couppé de Lahongrais, Desquiens, Dubus, Duvoir, Fay, Foy.

221. Gandois, Georges Gillet, Lehmonn, Lemoine, Madelaine, de Nevrezé, Michel Nicoles, Passier, Sagot, André, Billard, Chaix, Dévé, Dramard, Gachet, Glatard, Guérault, Jacquemin, Mahoudeau, Mary.

241. Paisseau, Alphonse Petit, André Petit, Poupault, Raoul de Ribier, Augé, Blandamour, Ciuciu, Daversin, Dehergne, Drain, Dubos, Lamorlette, Mlle Lévy, MM. Parturier, Pourteyron, Railliet, Risacher, Thomin.

261. Tissot, Bordenave, Cottard, Debidour, Paul Fabre, Patry, Rabant, Auroux, Boucard, Braillon, Chémer, Cocural, Colombel, Daulnoy, Delmas, Desjeux, Duchesne, Ducœurjoly, Fichot, Flamand.

281, Galippe, Gaubert, Abel Gérard, Joltrain, de la Lande de Vallière, Lassance, Loyer, Mariette, Cucherousset, Albert Pélicier, Delamarre, Estéoule, Guilloteau, Jammes, Lamoureux, Muller, Noel, Pichereau, Planson, Verbeck.

301. Thévenin, Vast, Abt Bertrandon, Bonta, Bondol, Cremer, Eyméoud, Eugène Fabre, Fleig, Huchet, Huc, Josseran, Labouré, Labrevoit, Landol, Mauxien, Morange, Ouvri, Pillon.

321. Rembert, Torchossé, Alliot, Beuzart, Haas, René Henry, Heuzey, Joanne, Keller, Laguesse, Lépine, Maymou, Ménant, Merlin, Portocalis, Séris, Tinel, Voirin, Binet, Bourdonne.

341. Boutin, Caillaud, Dhery, Duprat, Gras, Légillon, Louvières, André Pelissier.

Les épidémies.

La Peste. — Les correspondants des grands journaux leur adressent les nouvelles suivantes : On signale le 6 janvier 1 décès dû à la peste bubonique à Smyrne et 11 décès sur 13 cas de la peste pulmonaire virulente dans deux villages des environs de Smyrne.

A l'île Maurice, le 4 janvier. — Du 28 décembre au 3 janvier, 32 nouveaux cas de peste bubonique, dont 23 mortels. »

De Buenos-Ayres. Les renseignements officiels ne confir-

ment pas l'apparition de la peste dans une province argentine. La République entière est, jusqu'à présent, indemne de toute maladie infectieuse.

Médicaments pour les pauvres.

Un pharmacien, nommé Louis-Jules Tixier, comparaissait, dernièrement, devant la huitième chambre correctionnelle du tribunal de la Seine, présidée par M. Bernard, sous la prévention de « tromperie sur la nature des marchandises vendues. »

Voici les faits qui étaient relevés à sa charge :

Au cours de l'année 1900, le secrétaire du bureau de bienfaisance du huitième arrondissement reçut de nombreuses plaintes de malades indigents, lui faisant connaître qu'un pharmacien du quartier leur fournissait les médicaments en quantité moindre que le prescrivaient les ordonnances et qu'il trompait même sur la qualité des remèdes. L'Assistance publique fut saisie. Le pharmacien contrôleur de cette administration se rendit au dispensaire de la rue de Monceau le 4 novembre, et demanda au médecin de service de lui faire des ordonnances qui furent portées au prévenu Tixier et exécutées par lui. La tromperie sur la quantité et la qualité fut alors formellement établie. Le contrôleur ne se contenta pas, cependant, de cette seule preuve. Les 24 et 25 novembre, il renouvela l'expérience. Elle fut aussi concluante que celle du 4. Par exemple : pour un médicament dans lequel devaient entrer cinq grammes de chlorhydrate de quinine, le pharmacien s'était contenté de donner trois grammes de sulfate de quinine.

Le parquet fut alors prévenu et des poursuites ordonnées. Elles se sont terminées par une condamnation à quinze jours de prison et à 50 francs d'amende, prononcée contre le pharmacien Tixier. Le tribunal a, en outre, ordonné deux insertions du jugement. (*Le Petit Journal.*)

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 14. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. (Ch.), Richet, Rémy, André. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Segond, Poirier, Varnier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Delens, Reclus, Lejars. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) Chirurgie : (1re *série*) MM. Hayem, Launois, Méry. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) (2e *série*) : MM. Fournier, Gaucher, Teissier.

MARDI 15. — 2e *de Doctorat*. N. R. : MM. Rémy, Gley, Chassevant. — 3e *de Doct.* (1re *partie*). Oral. A.R. : MM. Schwartz, Albarran, Wallich. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*), Chirurgie : MM. Guyon, Quenu, Faure. — 5e de *Doctorat* (2e *partie*) : Proust, Chauffard, Dupré. — 5e de *Doctorat* (2e *partie*). : MM. Raymond, Charrin, Vaquez.

MERCREDI 16. — *Médecine opératoire* A.R. : MM. Delens, Poirier, Legueu. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Reynier, Retterer. Legueu. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. MM. Broca (Aug.), Sébileau, Lepage.

JEUDI 17. — *Médecine opératoire* N. R. : MM. Guyon, Campenon, Thiery. — 2e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. : MM. Richelot, Launois, Faure. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. : MM. Dentu, Budin, Poirier. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Pouchet, Widal, Thiroloix.

VENDREDI 18. — 1er *de Doctorat*. N. R. : MM. Poirier, Delbet, Sebilleau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Reclus, Lejars, Legueu. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. : MM. Brissaud. Gaucher, Wurtz. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 19. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*). A. R. : MM. Chauffard, Letulle, Roger. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Pouchet, Gilbert, Vaquez. — 5e *de Doctorat*. (1re *partie*) Chirurgie : MM. Schwartz, Quenu, Hartmann. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Debove, Troisier, Roger. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. : MM. Budin, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 16. — M. Bornay. Bactériologie des complications de la grippe. — M. Mac-Aulilfe. La Révolution et les Hopitaux (années 1789-1790-1791). — M. Mesnard. Traitement par la suture des plaies par instrument tranchant du conduit laryngotrachéal. — M. Béliard. Essai Critique sur le traitement des sinusites maxillaires. — M. C. Sudaka. De l'anastomose musculo-tendineuse dans le traitement de certains pieds-bots paralytiques.

JEUDI 17. — M. Rétéossian. L'acide cacodylique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Chabrol. Contribution à l'étude de l'amputation ostéoplastique fémuro-rotulienne. (Procédé de Grilli. — M. Bruder. Contribution à l'étude du stridor laryngé-congénital. — M. Robert. De l'épilepsie, consécutive à la trépanation.

NÉCROLOGIE



M. le Pr POTAIN,
Membre de l'Académie des Sciences.

Le 26 décembre 1900, les nombreux élèves et amis du Pr Potain fêtaient, en un banquet d'adieu leur maître respecté ; une semaine après, le savant s'éteignait en pleine apothéose, assez tôt pour laisser d'universels regrets, à temps pour qu'une vieillesse prolongée n'eut pu encore faire oublier les mérites et atténuer les sentiments de reconnaissance qui rarement résistent à l'épreuve de la retraite et des années. Le Pr Potain est mort brusquement, sans souffrances, durant son sommeil, d'une insuffisance aortique dont il se savait depuis longtemps atteint, mais dont il ne parlait jamais.

La vie du maître cesse au terme de sa carrière professorale, et il est permit de dire, dans le concert des éloges et des regrets, que jamais mort ne fut plus clémente et plus douce ; car elle a épargné au Pr Potain les tristesses de la décrépitude et, à ceux qui l'ont aimé, la pénible constatation de la déchéance intellectuelle.

Pierre-Carl-Edouard POTAIN naquit à Paris le 25 juillet 1825. Interne des hôpitaux en 1848, il fut le camarade de Lacaze-Duthiers, de Charcot, de Vulpian, de Gratiolet. En 1853, il soutenait sa thèse de doctorat sur *les bruits vasculaires anormaux qui suivent les hémorragies*. Élève de Bouillaud qui alors étudiait, ou plutôt fondait la pathologie du cœur sur les bases sérieuses de l'auscultation, Potain devint en 1856 son chef de clinique et continua sa tâche. Médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de Médecine en 1859, il était successivement médecin de l'hospice des Ménages en 1860, de l'hôpital Saint-Antoine en 1865, de l'hôpital Necker en 1866. En 1876, il était nommé professeur de pathologie interne, et en 1892 il succédait à Peter à la chaire de clinique médicale de la Charité. Membre de l'Académie de Médecine, l'Institut lui ouvrait ses portes en 1893, où il occupait à l'Académie des Sciences le siège de Charcot.

Clinicien d'une grande expérience, professeur d'une science très étendue, le Pr Potain a cependant peu publié ; il poussait l'honnêteté scientifique à ses dernières limites et son œuvre s'est bornée à ses thèses de doctorat et d'agrégation, à des leçons sur la physiologie et la pathologie du

cœur, recueillies la plupart par ses élèves, et à quelques articles dans le *Dictionnaire encyclopédique*. Mais si les travaux de Potain sont rares, ils sont du moins définitifs et rien ne saurait y être modifié.

Si la science de M. Potain était universellement reconnue, ce ne fut cependant pas elle qui le plaça au tout premier rang du corps médical français et lui valut l'affection respectueuse de tous ses confrères. La dignité, le dévouement, la délicatesse professionnelle, furent les qualités maîtresses de Potain. D'une inépuisable bonté pour ses malades, ayant un sentiment très élevé de ses devoirs de médecin des hôpitaux, il examinait avec soin et lui-même les malades de son service et venait très exactement, même le dimanche, faire sa visite d'hôpital. Jamais il ne confia à ses élèves ses consultations externes, malgré le surmenage de la clientèle la plus importante de Paris.

Le Pr Potain fut en outre un excellent confrère. Les preuves d'affection qu'il a témoignées aux médecins malheureux et à leur famille sont sans nombre, et jamais on ne fit en vain appel à lui pour une œuvre d'utilité professionnelle. Depuis plusieurs années, il était membre du Syndicat des médecins de la Seine, comprenant mieux que tout autre que le médecin, pour mériter le respect et la considération, a besoin d'appui dans le milieu social contemporain (1).

Les obsèques du Pr Potain ont eu lieu mardi 8 janvier, à dix heures du matin. Le Maître, commandeur de la Légion d'honneur, membre de l'Institut, s'en est allé sans fleurs ni couronnes ; aucun discours n'a été prononcé sur la tombe, selon ses dernières volontés. Ennemi du bruit et de la réclame, il a tenu à partir sans fracas, se contentant des regrets de ceux qui l'ont connu et des larmes reconnaissantes de ses amis, de ses élèves et de ses confrères. J. Noir.

Principaux travaux scientifiques du Pr Potain.

Réflexions sur l'arthropathie blennorrhagique (1851) ; *Des souffles vasculaires qui suivent les hémorragies* (1853) ; *Des lésions des ganglions lymphatiques viscéraux* (1859) ; *Note sur l'état du foie dans la colique saturnine* (1850) ; *Mémoire sur l'empoisonnement par l'ammoniaque liquide* (1861) ; *Cas d'embolie de l'artère cérébrale antérieure gauche* (1861) ; *Hypertrophie ganglionnaire générale* (1861) ; *Note sur la nature des cristaux colorés trouvés dans des vésicules hydatiques du foie encore intactes* (1861) ; *De la succession des mouvements du cœur. Leçon faite à l'Hôtel-Dieu* (1863) ; *Anévrisme de l'aorte pectorale diagnostiqué à l'aide de l'examen laryngoscopique* (1865) ; *Note sur les dédoublements normaux des bruits du cœur* (1866) ; *Du rythme cardiaque appelé bruit de galop ; de son mécanisme et de sa valeur séméiologique* (1875) ; *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Articles : *Abdomen* (en commun avec M Axenfeld) ; *Anémie ; Cœur* (en collaboration avec le Dr Rendu) ; *Pathologie du système lymphatique ; Ataxie musculaire ; Pathologie du cerveau (atrophie. Anémie. Hypérémie)* ; *Clinique médicale de la Charité*, grand in-8.

M. Le professeur DUBREUIL
Doyen de la Faculté de Montpellier.

Le professeur honoraire chirurgien Dubreuil vient de mourir à soixante-six ans. D'origine bretonne, petit-neveu d'un chanoine qui fut, au séminaire, condisciple de Robespierre, fils d'un médecin de la marine, il débuta comme agrégé à Paris. Pendant le siège, il fit le service des ambulances et arracha Daremberg aux Bavarois qui allaient le fusiller. Pendant la Commune, il prévint le curé de Saint-Jacques-du-Haut-Pas, qu'il allait être arrêté comme otage. Professeur et doyen à Montpellier, il fit pendant vingt ans le service gratuit des hôpitaux auxquels, à part quelques legs à ses amis, il laisse sa fortune évaluée à environ 700.000 francs. (*Le Temps.*)

(1) Voir dans le *Mouvement Médical* de 1869, p. 13, un article curieux intitulé : *Avant et après, ou la Médaille et son revers*, à utiliser par ses futurs biographes (B.)

FORMULES

V. — Contre la gale.

Glycérine	200 grammes.
Soufre	100 —
Gomme adragante	2 —
Jaune d'œuf	n° 2
Essence de lavande	} ãã 1 gramme.
— de citron	
— de menthe	

En frictions. (Bourguignon).

VI. — Contre la dilatation de l'estomac chez les enfants.

Poudre de noix vomique	0 gr. 01 centigr.
Bicarbonate de soude	} ãã 0 — 20 —
Magnésie calcinée	
Pepsine	0 — 10 —

Pour 1 paquet, à prendre matin et soir avant le repas (enfant de 3 à 5 ans) ; n° 20. Continuer dix jours, suspendre dix jours et recommencer. (Comby).

VII. — Contre les coliques avec météorisme.

Teinture d'anis	XX gouttes.
Ether sulfurique	XXX —
Laudanum de Sydenham	X —
Sirop simple	50 grammes.
Eau de mélisse	125 —

une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Ou :

Sirop d'opium	} ãã 10 grammes.
— d'anis	
— d'éther	
Eau de menthe	} ãã 50 —
Eau	

(G. Lyon.)

ou encore :

Elixir parégorique	8 grammes.
Liqueur d'Hoffmann	2 —
Sirop d'éther	20 —
Eau chloroformée	30 —
Eau de menthe	60 —

par cuillerée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures, selon l'intensité des crises. J. N.

Angers, le 3 janvier 1901.

Monsieur et très honoré Confrère,

Je reçois aujourd'hui le numéro du *Progrès*, du 29 décembre, où M. le Dr Hélouin, à la rubrique « Formule » fait la critique d'une prescription que vous auriez publiée d'après l'*Anjou médical*, sous ma signature.

La critique de votre honorable correspondant est à côté de la question. J'ai dit et je répète qu'à défaut *d'un vin de quinquina préparé suivant le Codex*, au cas où son client réclame un vin de quinquina préparé instantanément à l'aide d'un vin pris dans sa cave dans un but économique, le médecin doit prescrire, pour *se rapprocher autant que possible du Codex*, de l'extrait américain de quinquina, et ceci pour éviter le double écueil d'un vin trop chargé en alcool ou d'une préparation inactive, comme cela se fait malheureusement trop souvent quand on fait usage de la teinture de quinquina.

Quant aux considérations de M. le Dr Hélouin sur les extraits américains, auxquels il reproche de n'être pas inscrits au Codex, je crois inutile de m'y arrêter ; s'en tenir uniquement aux médicaments inscrits dans la pharmacopée officielle, c'est la négation même de tout progrès thérapeutique. On peut dire, en effet, que la moitié des prescriptions médicales comporte aujourd'hui des médicaments qui sont ignorés du Codex, soit comme préparations, soit comme existence même, témoin la formule que vous donnez « contre les hémorrhoïdes » qui suit la lettre de M. le Dr Hélouin et où est conseillée la « teinture de marrons d'Inde.

Il y a là, évidemment, une mine inépuisable pour exercer la critique de mon honorable contradicteur.

Veuillez bien recevoir, Monsieur et honoré Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments. Dr Labesse.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 23 déc. au samedi 29 déc. 1900, les naissances ont été au nombre de 1164 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 443, illégitimes, 166. Total, 609 — *Sexe féminin* : légitimes, 391, illégitimes, 164. Total, 555.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511 629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 23 déc. au samedi 29 déc. 1900, les décès ont été au nombre de 858, savoir : 440 hommes et 418 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 2, T. 7. — Typhus : M. 0, F 0. T. 0 — Variole : M. 8, F. 6, T. 14 — Rougeole: M. 2, F. 5, T. 7. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 1, F. 0, T. 1. Diphtérie. Croup : M. 5, F. 5, T. 10. — Grippe : M. 1, F. 0, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 90, F. 81, T. 171. — Méningite tuberculeuse : M. 7, F. 11, T. 18. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 16, T. 31. — Tumeurs cancéreuses : M. 22, F. 29, T. 51. — Tumeurs autres : M. 0, F. 3, T. 3. — Méningite simple : M. 17, F. 20, T. 37. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 7, F. 10, T. 17. — Paralysie, M. 3 F. 1, T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 23, F. 33, T. 56. — Maladies organiques du cœur : M. 12, F. 10. T 22. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 19, T. 29. — Bronchite chronique : M. 27, F. 18, T. 45. — Broncho-pneumonie : M. 23, F. 8, T. 31. — Pneumonie : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 18, F. 21, T. 39. — Gastro-entérite, biberon : M. 8, F. 5, T. 13 — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 3, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 0, T. 3. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T 1. — Débilité congénitale : M. 20, F. 10, T. 30. — Sénilité : M. 13, F. 22, T. 35 Suicides : M. 4, F. 1, T. 5. — Autres morts violentes : M. 7, F. 0, T. 7. — Autres causes de mort : M. 69, F. 65, T. 134. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 1, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 62, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 12 Total : 35. — *Sexe féminin* : légitimes, 16, illégitimes, 11. Total : 27.

Légion d'honneur. — M. le Dr Jules Richard, docteur ès sciences, conservateur des collections zoologiques, du prince de Monaco, a été récemment promu au grade de chevalier de la Légion d'honneur. Nos sincères félicitations au distingué zoologiste dont les travaux sur la faune sous-marine sont connus et appréciés de tous les naturalistes

Assistance publique. — M. D. Derode, négociant, est nommé membre du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris à titre de représentant de la Chambre de commerce de Paris, en remplacement de M. Masson, décédé. (*Le Temps* du 5 janvier 1901).

Conseil supérieur de l'assistance publique. — M. le Dr Victor Augagneur, professeur à la Faculté de médecine et directeur de *la Province médicale*, vient d'être nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique. (*Lyon médical*, du 6 janvier 1901).

Concours d'agrégation en médecine. — *Questions posées* : 27 décembre 1900 : Insuffisance tricuspidienne (MM. Auclair et Bernard). — 28 décembre : Pneumonie des vieillards (MM. Lesage et Labbé). — 29 décembre : Des complications pulmonaires dans les maladies du cœur (MM. Bergé et Dufour).

Concours de l'internat. — *Questions posées à l'oral* : Muscles de l'éminence thénar; Luxation métacarpo-phalangienne du pouce. — Anatomie des muscles de la couche profonde de la région postérieure de la jambe; Tarsalgie des adolescents. — Echancrure sciatique; Symptômes et diagnostic du rhumatisme blennorrhagique. — Anatomie des muscles ptérygoïdiens; Symptômes et diagnostic du tétanos traumatique. — Veine saphène interne; Symptômes et diagnostic des hémorroïdes internes.

Explosion a la Faculté de Médecine. — Un calorifère à eau a fait explosion, hier matin, vers onze heures, à la Faculté de Médecine, par suite de la rupture d'un des bouchons qui relient entre eux les différents tuyaux dans lesquels passe la vapeur qui donne la chaleur au moyen de bouches disposées de distance en distance, dans le grand amphithéâtre. Ce calorifère est placé dans une cave à cinq mètres de profondeur. On suppose que la rupture du bouchon a été déterminée par le passage de l'eau bouillante dans le tuyau conducteur qui était complètement gelé. L'eau, qui s'échappait en abondance par la fissure du conduit a été rapidement étanchée par les pompiers et, une heure après, les fumistes travaillaient à la réparation de l'appareil, fort peu endommagé. Aucun accident ne s'est produit et les dégâts sont de peu d'importance. (*Le Matin*.)

Maison de Santé. — Une nouveauté parisienne intéressante à signaler et qui accuse un progrès marqué dans l'Hygiène et la Thérapeutique par les agents physiques, si préconisés à notre époque de *névrose*, c'est au Pavillon Charcot, l'institut hydrothérapique qui vient de s'ouvrir, 138, boulevard Diderot, sous la direction médicale de MM les Drs Pottier et Signez.

L'établissement met à la disposition des médecins et du public toutes les ressources d'une installation modèle, édifiée avec les derniers perfectionnements réalisés dans l'application de l'hydrothérapie, sous toutes ses formes, et d'après les données scientifiques les plus récentes, pour la prophylaxie et le traitement de la neurasthénie, de la goutte, du rhumatisme, de l'obésité, de dystrophies et de névropathies diverses, en même temps que pour l'hygiène générale qui s'adresse à tous.

Chronique des Hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — M. le Dr Lucas-Championnière : Leçons de clinique chirurgicale, le jeudi à 10 heures. Opérations avant la leçon. — Opérations abdominales le mardi. Visite dans les salles, le mercredi, salle Saint-Cosme (hernies), et le samedi, salle Sainte-Marthe (femmes). Massage, par le Dr Dagron, le mardi et le vendredi.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau : samedi à 10 heures du matin, salle Bazin, conférences cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques.

Cours complet de gynécologie. — M. S. Pozzi, chirurgien en chef de l'hôpital Broca : *Conférences de gynécologie clinique*, le vendredi à 10 heures, à l'hôpital Broca (annexe Pascal), 111, rue Broca. Un cours de *Gynécologie pratique* est fait les lundis et mercredis, à 10 heures. Ce cours sera complet en 20 leçons. Démonstrations d'*Histologie* sur les pièces du service, le samedi, à 10 heures, par le chef du laboratoire de service.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants*. — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc.) — *Service de* M. le Dr P. Marie. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

Clinique d'accouchements et de gynécologie (Clinique Tarnier 89, rue d'Assas.) — M. le Pr Budin. — Mardi et samedi à 9 heures du matin.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. le Pr Raymond (Hospice de la Salpêtrière). Mardi et vendredi à 10 heures.

Leçons cliniques d'obstétrique (Hopital de la Charité). — M. le Dr Maygrier, agrégé, jeudi à 9 heures, leçon, tous les jours à 9 heures, visite ou consultation.

Hopital de la Pitié. — M. le Dr Albert Robin a commencé le mercredi 9 janvier à 9 heures et demie, dans l'amphithéâtre des cours de la Pitié, ses leçons de clinique thérapeutique et les continuera tous les mercredis à la même heure. — Objet du cours : Maladies organiques de l'estomac.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. Goupy, G. Maurin, Succr, Rue de Rennes, 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 3. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 19 JANVIER 1901

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU.

M. le Pr PANAS

Des règles opératoires en ophtalmologie.

Messieurs,

En tant que science appliquée, la clinique constitue l'aboutissant de toutes les études médicales. Qu'il s'agisse de maladies, de traumatismes ou de difformités, c'est elle qui règle tous les problèmes en dernier ressort ; c'est dire que tout ce qui dérive de la théorie ou des connaissances de laboratoire devra lui être subordonné.

Parmi les spécialités, l'ophtalmologie, par les grands services qu'elle est appelée à rendre, intéressant non seulement l'individu, mais la famille et la société, tient un rang hors de pair. Ceci vous explique que de tout temps des savants de premier mérite ont concouru à la rendre ce qu'elle est aujourd'hui, grande par la science, et bienfaisante au premier chef pour l'humanité.

Mais que d'efforts et de concours il a fallu pour y arriver : anatomistes, physiologistes, physiciens, médecins, chirurgiens, oculistes et même des philanthropes tels que Haüy et Braille ce dernier aveugle y ont largement contribué. A notre époque. l'éclairement du fond de l'œil resté insondable jusque là, dû au génie de Helmholtz; la détermination exacte des vices de réfraction du globe, dont les débuts remontent à Young pour aboutir à Donders et à son école devenue cosmopolite ; enfin, l'application de l'antisepsie issue du cerveau puissant de Pasteur, fondée elle-même sur une science nouvelle, la bactériologie, ont fait de l ophtalmologie une branche autonome et qui rentre de plein droit dans les sciences dites exactes, ce qui n est pas encore le cas pour d'autres parties de l'édifice médical.

Les opérations oculaires, étant donné la délicatesse et la complexité de l'organe, comportent une réelle dextérité et une grande légèreté de mains.

Ici, plus que partout ailleurs, pour pratiquer une opération impeccable et obtenir le maximum de vision possible, il faut s'astreindre à la règle rigoureuse et invariable de l'exécution, qui veut que chaque temps opératoire reste distinct et soit fait méthodiquement. Sans cela non seulement le résultat opératoire laissera à désirer, mais on créera des complications redoutables, pouvant aller jusqu'à la perte totale tant primitive que consécutive de l'organe de la vue.

Le meilleur exemple qu'on en puisse invoquer est celui de la cataracte, opération géniale dont l'invention a suffi pour immortaliser le nom de Daviel.

Celle ci comprend trois temps bien distincts. qui sont :

1° La confection d'un lambeau cornéen de dimension, de forme et d'emplacement voulus ;

2° La capsulotomie, ou ouverture de la cristalloïde antérieure, devant intéresser tout le méridien vertical antérieur sous forme de boutonnière, ou mieux encore de V, afin que par cette large ouverture le noyau aussi bien que les masses corticales molles et souvent poisseuses puissent être expulsées en bloc et du premier coup ;

3° La toilette du champ opératoire, qui consiste à débarrasser de tout débris cataracté l'aire de la pupille et à reposer soigneusement l'iris prolabé, au moyen de la cuiller de Daviel et de la spatule d'argent.

De la sorte on prévient des cataractes secondaires et l'on réduit au minimum possible les prolapsus de l'iris réséqué ou pas.

Cette simple énumération des actes à accomplir sur un organe d'une extrême mobilité et dont les muscles nombreux sont souvent pris de spasme, malgré l'insensibilisation de l'œil par la cocaïne, commande comme règle absolue l'immobilisation des parties pouvant entrer en jeu, à savoir des paupières et du globe. Dans l'enfance de l art, le chirurgien se fiait à ses propres doigts ou à ceux d'un aide expérimenté, mais l'expérience ayant démontré le peu de sécurité d'un pareil mode de contention on s'est attaché à inventer des blépharostats Ambroise Paré le premier), des Piques (Pamard, d'Avignon) et ce qui valait mieux, des pinces fixatrices dont celle de Desmarres père est le prototype.

Grâce à tous ces progrès réunis, l'opérateur s'est

rendu maitre du terrain pour exécuter avec toute la précision désirable les trois temps fondamentaux de l'extraction de la cataracte, sans que la volonté, presque toujours impuissante du malade, y soit pour quelque chose, et sans être obligé, comme le faisait de Græfe, de recourir au chloroforme. Vouloir s'exonérer de l'immobilisation mécanique pour se fier à celle des doigts, ou n'y avoir recours que dans le premier temps de l'opération, la taille du lambeau cornéen, c'est faire un recul en arrière, sans la moindre raison valable, au risque de s'arrêter court au milieu de l'opération, ou ce qui est plus grave, de vider l'œil sous la pression brutale des doigts. Ceux-ci, en outre, tiennent trop de places, cachent le champ opératoire, et sont susceptibles d'infecter l'œil plus que ne peuvent le faire des instruments métalliques préalablement bouillis. Même le jeu des doigts à travers les paupières, comme beaucoup le pratiquent pour expulser les restes de la cataracte, n'est pas exempt de dangers, depuis que nous savons que des microbes dangereux contenus dans les canalicules sébacés des bords palpébraux étant ainsi expulsés, peuvent infecter non seulement les lèvres de la plaie cornéenne, mais aussi l'iris qui se prolabe. Il peut en résulter de la panophtalmie ou pour le moins des processus inflammatoires plastiques qui compromettent gravement le résulat opératoire.

Une autre pratique, contre laquelle on ne saurait trop s'élever, consiste, sous prétexte de célérité et de marque d'adresse, à confondre en un seul les deux premiers temps de l'opération : section de la cornée et capsulotomie. C'est là, qu'on nous permette l'expression, vouloir faire du vieux-neuf, attendu que les premiers, qui procédaient ainsi dès le XVIII[e] siècle, étaient Pellier de Quency, puis Wenzel. Depuis lors, on a vu de rares imitateurs allant jusqu'à se croire inventeurs, mais qui, heureusement, ne sont jamais arrivés à faire souche. Pour mon compte, étant interne, j'avais assisté à l'Hôpital de Clinique de la Faculté, mon maître Nelaton qui procédait de la sorte en 1857, et lorsque quelques années plus tard, je lui demandais s'il continuait à être partisan de cette méthode, il me répondit que non et qu'il me la déconseillait formellement, pour en avoir reconnu les inconvénients et les dangers. Pour quiconque veut bien s'en rendre compte, il suffira d'en faire l'énumération.

La confection d'un lambeau cornéen irréprochable, d'où dépendra le succès de tout le reste de l'opération, exige que la ponction et la contre-ponction, surtout cette dernière, soient absolument symétriques et faites juste dans le limbe scléro-cornéen. Pour cela, il faut que le couteau de Græfe soit dirigé transversalement *en ligne droite* et *rapidement*, sans la moindre déviation ni en avant ni en arrière; sinon on risque d'enfoncer le couteau dans l'iris, et même en plein corps ciliaire, faute qui révèle fréquemment l'inexpérience des débutants. Le fait d'enfreindre cette règle opératoire, pour s'attaquer en passant à la capsule du cristallin comporte la déviation de la lame du couteau en arrière, lequel après embrochement du sac capsulaire devra reprendre sa première direction transversale. Cette manœuvre peut entrainer trois accidents possibles : 1° l'écoulement prématuré de l'humeur aqueuse, d'où effacement de la chambre antérieure. L'iris se place à cheval sur le tranchant du couteau et risque d'être coupé en continuant l'achèvement du lambeau cornéen; 2° l'irruption de masses cataractées molles qui encombrent la chambre antérieure et empêchent de voir ensuite l'opération, devenue de ce fait irrégulière; 3° la traction en avant de la zonule de Zinn et par suite sa rupture possible, ayant pour conséquence l'issue du vitré au dehors, alors que l'opération vient à peine de commencer. Pareilles mésaventures graves sont, au contraire, à peine à signaler chez les opérateurs qui procèdent méthodiquement dans la capsulotomie avec l'aiguille tranchante coudée de de Græfe; surtout si l'on a soin de ne pas trop appuyer sur le cristallin. Grâce à la vacuité de la chambre antérieure, celui-ci butte de lui-même contre la lame de l'instrument accoudé par son talon sur la face postérieure concave de la cornée ; un simple mouvement d'archet suffit alors pour inciser la capsule dans toute sa hauteur sans risque d'arracher la zonule ni de luxer la cataracte. Pareille considération nous a fait abandonner les pinces capsulaires, sauf dans les cas où il s'agit de capsules coriaces ne se laissant pas entamer par le cystitome. Souvent alors nous préférons, après sphinctérectomie, pratiquer à la cuiller l'extraction d'emblée du cristallin contenu dans sa capsule, opération qui donne le meilleur résultat optique, sans perte ou avec le minimum de perte de vitré.

Ce qui vient d'être exposé à propos de la cataracte dite sénile, s'applique, à quelques exceptions près, à toutes les opérations qui se pratiquent dans le domaine de l'oculistique, en y comprenant le globe, les paupières, l'orbite et les sinus avoisinants, où tout acte rappelant la prestidigitation devra être exclu.

Au-dessus de toute intervention opératoire, se placent ce qu'on est convenu d'appeler les méthodes qui sont aux procédés ce que l'idée directrice est à l'action manuelle. Ces derniers peuvent en effet, varier suivant les cas et les préférences de l'opérateur, enclin souvent à passer pour novateur alors que l'indication à remplir reste impérieusement la même.

Quelques exemples serviront à établir ce qu'on doit entendre par méthode opératoire.

L'entropion organique avec trichiasis, dérive invariablement du recroquevillement cicatriciel du squelette palpébral qui n'est autre que le tarse. De là découle une *première* indication capitale, *la tarsotomie*, avec ou sans excision cunéiforme, à l'instar de l'ostéotomie dans le traitement chirurgical des courbures rachitiques des os longs.

Pour assurer le résultat, point n'est besoin d'exciser un lambeau musculo-cutané, ainsi que cela s'est pratiqué depuis Celse jusqu'à nos jours, ni de provoquer des brides de la peau à l'aide de sutures coupantes (Gaillard, de Poitiers) combinées ou non avec le débridement de la commissure (A. Pagenstecher).

L'essentiel est de ne pas dédoubler le lambeau margino-ciliaire comme l'ont conseillé Ætius, Arlt-Jäeche et la plupart des modernes. On s'en servira, au contraire, comme agent tracteur et redresseur du tarse en y passant quatre ou cinq points de suture dont on noue les anses sur un point d'appui solide qui n'est autre que le *ligament suspenseur du tarse* (Anagnostakis). C'est ce qui constitue la *seconde* indication importante de l'opération.

L'exécution correcte et intégrale des actes opératoires qui précèdent, comporte la mise à nu par dissection de toute la face antérieure du tarse, préalablement fixée et étalée au moyen de la plaque courbe en corne, en ivoire ou en métal. Celle-ci, d'un usage courant en ophthalmologie, est introduite au préalable dans le cul-de-sac conjonctival et confiée au besoin à

un aide. Grâce à cette façon d'opérer, il se forme entre le lambeau musculo-cutané et la face antérieure du tarse une nappe conjonctive néo-formée rétractile, ayant pour effet d'assurer la déflexion du tarse et par conséquent, le redressement des cils entropionnés.

Sous prétexte de simplifier et de rendre plus expéditive l'opération et de se dispenser de l'anesthésie chloroformique qui me paraît indispensable pour la réussite de l'opération, on a proposé (Lagleyze et Trantas) de sectionner en travers le tarse par la conjonctive, après renversement préalable de la paupière, et de passer par la même voie des anses de fil entre la face antérieure du tarse et les téguments, qu'on peut nouer à volonté, soit du côté des culs-de-sac, soit le long du bord ciliaire de la paupière. A mon avis, cette abréviation ôte à l'opération sa précision et son efficacité à toute épreuve, sur tous les autres procédés connus, ce qui doit être la préoccupation constante de l'opérateur dans l'intérêt du malade.

L'opération du strabisme concomitant, dont les péripéties et le peu de succès immédiat et complet ont rempli les deux derniers tiers du siècle qui tire à sa fin, et a été un long défi à l'habileté des chirurgiens et des ophthalmologues les plus éminents parmi lesquels il suffira de citer Dieffenbach, Jules Guérin et surtout de Græfe, y compris ses successeurs. On a eu beau remplacer par la ténotomie avec large débridement des ailerons la myotomie primitive ; répéter les interventions sous prétexte de les *doser*, que la correction du strabisme n'en demeurait pas moins une opération chanceuse, la plupart du temps incomplète, au désespoir du malade et de l'opérateur. Cela a tenu à une fausse conception pathogénique qui envisageait ce genre de strabisme comme n'affectant qu'un seul œil appelé *incorrect*, alors que son congénère en apparence non dévié était réputé *correct*. En réalité, tous deux sont atteints d'une inclinaison anormale consensuelle et symétrique dont la valeur angulaire mesure la moitié de la déviation de l'œil qui louche d'une façon habituelle.

Ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est l'égalité absolue des axes excursifs de convergence des deux yeux, caractère fondamental et pathognomique du strabisme fonctionnel, appelé à cause de cela par de Græfe *concomitant*, pour le distinguer nettement du paralytique, où les axes excursifs des yeux sont toujours inégaux.

Une autre erreur qui a cours, bien qu'elle soit en contradiction formelle avec ce qui précède, c'est de croire que tôt ou tard les muscles déviateurs se rétractent et se raccourcissent, alors que les antagonistes s'allongent et s'affaiblissent, à l'instar de ce qui se passe dans les membres ankylosés. C'est là une déduction fausse fondée sur une analogie trompeuse. Contrairement aux jointures, l'œil strabique, loin d'être condamné à une immobilité prolongée, se redresse non seulement la nuit durant les longues heures de sommeil, mais même le jour, à chaque clignotement des paupières. La preuve matérielle qu'il en est ainsi, c'est le redressement des yeux strabiques sous l'anesthésie chloroformique et le défaut d'inégalité absolue des axes excursifs des yeux, quelle que soit la durée du strabisme concomitant fût-il invétéré.

Conformément aux données qui précèdent, nous avons été amené à modifier du tout au tout l'opération, et les résultats cliniques, tant immédiats qu'éloignés, nous ont donné pleinement raison. Voyez notre statistique de 250 cas, in *Bull. Acad. Méd.* et *Arch. d'ophlt.* 1898.

Partant de cet axiome qu'à toute déviation musculaire spastique bilatérale, il faut apporter une correction également bilatérale, nous avons pratiqué d'emblée une double ténotomie complète des muscles déviateurs, et cela, quelque soit le degré de la déviation strabique et l'âge du sujet que nous n'opérons en général qu'après la septième ou la neuvième année, alors que nous avons acquis la certitude qu'il ne faut plus compter sur le redressement spontané, aidé par des exercices et le port de verres correcteurs de l'amétropie.

En vue de diminuer la tonicité et d'affaiblir l'innervation des muscles déviateurs, nous faisons précéder la ténotomie de l'élongation, le tout avec un résultat parfait de 90 à 95 succès sur 100 et 5 à 10 cas de légère hypocorrection au moins au début, car le résultat peut se compléter par la suite. Cette intervention est des plus simples, et c'est à peine si, au bout d'une semaine, quinze jours au plus, il y subsiste une légère ecchymose avec ou sans hypérémie. En ayant soin de fermer la petite plaie conjonctivale avec un point de suture au catgut qui tombe de lui-même, on assure la réunion immédiate, et on évite la production du bourgeon conjonctif polypoïde retardant la cicatrisation. Ajoutons que l'intervention étant bilatérale, la légère protusion post-opératoire des globes au lieu d'être une difformité, comme lorsqu'on agit sur un seul œil, constitue un avantage esthétique réel, en faisant apparaître les yeux plus grands qu'avant l'opération.

Jamais nous n'avons observé de surcorrection permanente et pour les cas exceptionnels d'hypocorrection définitive, nous conseillons, non pas de répéter la ténotomie comme le voulait de Græfe, mais de pratiquer comme opération complémentaire un léger avancement capsulaire bilatéral des antagonistes.

La méthode, telle qu'elle vient d'être exposée, a déjà eu sa répercussion en Amérique, où le Pr Roosa (1) communique à la Société médicale de New-York vingt-cinq cas opérés par lui, puis quatorze par H. Martin, et un par A.-E. Davis ; en tout quarante cas, avec tant de succès qu'il exhorte ses collègues d'Amérique à suivre son exemple, les assurant que la crainte d'une surcorrection définitive est mal fondée et qu'elle se réduit à une simple vue d'esprit. Il m'est agréable d'ajouter que parmi les partisans de l'opération double d'emblée se place, le Dr Landolt, dont chacun connaît la compétence en fait de strabisme ; avec cette différence que notre savant confrère donne la préférence à l'avancement des antagonistes, et réserve la ténotomie des muscles déviateurs comme complémentaire. A mon avis, la ténotomie, par sa grande simplicité et sa supériorité d'action sur la déviation strabique, mérite la préférence. L'argument tiré de l'insuffisance musculaire qui en résulte a peu de valeur, car celle-ci est limitée aux seuls confins du champ visuel et est à peine appréciable. Un autre reproche à adresser à l'avancement réside dans la production d'une bosse épisclérale disgracieuse, véritable difformité qui subsiste un temps indéfini.

Chacun sait que le strabisme divergent est le moins facile à corriger, alors même qu'on opère binoculairement par avancement des droits internes ou recul des externes. Ici, il ne faut pas hésiter à combiner les deux méthodes et à agir sur les quatre muscles à la fois, par la prorhaphie des adducteurs et la ténotomie des

(1) The Post graduate M. Journ. of Med. and Surg. Vol. XV, n° 3, p. 309. 1900.

abducteurs. En procédant de la sorte, les insuccès de règle qu'ils étaient deviendront l'exception.

Lorsque différentes opérations concurrentes existent, les hommes les plus expérimentés peuvent varier d'avis sur celle à laquelle il faille donner la préférence, et cela d'après le point de vue auquel on se place. C'est là le cas de l'exerèse du globe qui compte trois interventions différentes, telles que : *l'énucléation*, la plus ancienne de toutes, *l'excision* partielle, et *l'éviscération* avec ou sans insertion dans la cavité sclérale évidée d'une boule prothétique, dont la composition a varié suivant le goût de chacun.

L'énucléation, est une opération grave en ce sens qu'elle entraîne parfois la mort, qu'elle crée toujours une difformité plus ou moins choquante et devient la source de tourments perpétuels pour le malade conjonctivites purulentes répétées avec sténose ultérieure du sac conjonctival devenu le siège de brides cicatricielles, les polypes végétants simples très communs et parfois cancroïdaux, éversion très commune de la paupière inférieure, conditions qui font que le port de la plus petite coque de verre devient impossible ; d'où dysmorphie complète, constituant une tare pour le riche comme pour le pauvre privé souvent de tout emploi lui permettant de gagner sa vie. La faveur doctrinale dont jouit encore aujourd'hui l'énucléation, réside toute entière dans la crainte de l'ophtalmie sympathique que cette opération est sensée devoir prévenir; on a beau citer des cas d'ophtalmie sympathique ayant succédé à l'énucléation, insister sur la très grande rareté actuelle de l'ophtalmie induite et sur la curabilité assez grande de cette dernière par des moyens médicaux, alors que l'action curative de l'énucléation est le plus souvent nulle, que rien ne triomphe des esprits prévenus.

Cela ne doit pas surprendre, si l'on songe combien il en coûte à rompre avec les formules toutes faites, à mettre en doute la science péniblement acquise et à se remettre à un nouveau labeur à l'âge où d'autres préfèrent se reposer. Pourtant le progrès n'est possible qu'à cette condition, de rester esprit novateur, partant du principe que rien n'est immuable dans les sciences et qu'il ne faut accepter la parole des maîtres que sous bénéfice d'inventaire.

Ceux qui ont suivi de près les rapports et les discussions au Congrès ophtalmologique international de 1900, ont pu se convaincre qu'on n'est pas sorti au point de vue de cette question importante, des redites qu'on trouve un peu partout aussi bien dans les livres classiques que dans les monographies et les journaux. Ce résultat négatif prouve que le sujet pour être définitivement résolu, demande qu'on fasse table rase des vieilles statistiques établies à une époque où l'antisepsie dans la thérapeutique oculaire était inconnue et où l'on avait posé comme règle « que tout œil gravement traumatisé devait être énucléé sur-le-champ, de peur d'ophtalmie sympathique ».

Pour mon compte, j'ai traité antiseptiquement plus de trois cents yeux gravement traumatisés, sans que j'aie eu à regretter un seul cas d'ophtalmie sympathique. Bien plus, la vision de certains yeux qui paraissait, après blessure définitivement compromise, a pu se rétablir au point de permettre au malade de lire et d'écrire.

De même, depuis que j'ai conçu, dans un but éminemment conservateur, le genre de résection du globe appelée *kératectomie combinée* applicable aux staphylomes cornéens et aux glaucomes douloureux absolus, j'ai obtenu le maximum d'effet cosmétique sur un ensemble de deux cents cas sans avoir jamais eu à enregistrer, même au bout de plusieurs années, le moindre phénomène d'ophthalmie sympathique. Cela revient encore à dire que la discussion de l'énucléation n'a eu qu'un seul tort, celui d'être venue avant son heure.

Nous sommes de ceux qui, contrairement à l'avis de de Græfe, ont pratiqué le plus d'énucléations en pleine panophthalmie suppurée sans avoir été arrêté par la crainte de complications méningitiques mortelles. Celles-ci sont en somme très rares et ne se montrent, à notre avis, que dans les cas où l'organisme était déjà infecté. Dans les dix dernières années, nous avons pensé que pour exclure ces cas qui ne sont pas toujours faciles à prévoir, et en vue de conserver un moignon réduit, mais non moins utile à la prothèse, grâce à sa mobilité, il était préférable d'adopter l'*éviscération* à la cuiller, suivie de cautérisation ignée du disque optique. Après lavage antiseptique de la coque sclérale, qu'on saupoudre d'iodoforme, on applique un seul point de suture comprenant la sclérotique et la conjonctive. La cicatrisation du moignon qui en résulte s'obtient en quelques jours sans la moindre complication locale ou générale, à la condition qu'il n'y ait pas eu antérieurement propagation du processus phlegmonneux dans l'orbite, auquel cas nous donnons toujours la préférence à l'énucléation seule, capable d'enrayer le phlegmon orbitaire concomitant. Comme on le voit il y a là un choix à faire ; mais toujours est-il, qu'à la condition de ne pas trop tarder, la majeure partie des cas reste justiciable de l'exentération.

En vue de parfaire le côté cosmétique de cette dernière, on a proposé, depuis Mules, d'enfermer dans la cavité de l'œil évidé une boule de verre, de métal, ou encore des éponges, des pelotes de fil, avec suture de la sclérotique par dessus. Disons que même chose a été proposée lors d'énucléation, auquel cas le rembourrage se pratique sur le sac conjonctivo-musculaire qu'on suture. Ce sont là autant de corps étrangers implantés dans les tissus vivants, dont en général, l'expulsion finale n'est qu'une question de temps ; à supposer que déjà ils ne provoquent pas d'accidents suppuratifs locaux et même sympathiques. Notons qu'alors même qu'ils sont tolérés, le port d'une coque prothétique par dessus, n'en reste pas moins nécessaire, d'où, surcroît de l'irritation mécanique des tissus interposés, exposés ainsi plus que jamais, à des infections microbiennes nécrosantes. Pour toutes ces raisons, nous continuons à donner la préférence à l'éviscération simple, toutes les fois bien entendu, que la kératectomie qui réalise l'idéal de la prothèse n'est pas de mise.

En résumé, l'énucléation, dont nous avons tous usé et abusé jusqu'ici, à cause de l'épouvantail que nous nous faisions de l'ophthalmie sympathique, chose très rare aujourd'hui, je le répète, doit être réservée pour le seul cas de néoplasmes intra-oculaires et de panophthalmie s'étant déjà propagés dans les parties molles de l'orbite. Encore est-il, qu'il faut se dispenser d'y recourir toutes les fois que l'organisme entier y participe par infection ou métastase, ce dont on s'assure à l'aide d'un examen clinique minutieux du malade, seul moyen de se mettre à l'abri de désastres non prévus.

En définitive, l'éclectisme constitue la base de toute thérapeutique raisonnée. Pour y parvenir, maîtres et élèves doivent s'affranchir de la routine et pour cela, rester indépendants de toute secte, quel que soit le

nom qu'elle porte. L'histoire de la médecine entière est là pour prouver la vérité de cette doctrine, en démontrant qu'à toute époque de rénovation, il a fallu faire table rase des théories doctrinales pour n'attacher d'importance qu'aux faits et aux observations directs, d'où qu'ils viennent.

RHINOLOGIE

Note sur une anomalie des sinus frontaux pouvant compromettre le succès de l'opération de sinusite la mieux conduite;

Par le Dr SUAREZ DE MENDOZA (de Paris) (1).

Je désire, Messieurs, attirer votre attention sur une anomalie des sinus frontaux, laquelle, étant ignorée, pourrait le cas échéant compromettre le succès d'une opération la mieux conduite. Je veux parler de la présence d'un ou des deux côtés d'un sinus supplémentaire complètement *indépendant* du sinus normal et possédant *un canal naso-frontal propre.*

Les sinus frontaux à cloison séparative andéro-postérieure, double ou même triple, divisent suivant les cas, la cavité totale en trois ou quatre sinus plus ou moins indépendants et dont un ou deux médians sont décrits dans tous les traités d'anatomie (2) mais la subdivision des sinus frontaux en deux, un antérieur et l'autre postérieur par une cloison transversale et possédant chacun un canal naso-frontal propre, n'a été signalée que je sache (3) que par Benj. Anger en 1869 (4). Il y a deux ans j'ai eu l'occasion d'observer une sinusite double avec récidive à droite. Une deuxième opération m'a permis de découvrir sur la paroi postérieure du sinus un petit pertuis par lequel s'écoulait du pus crémeux.

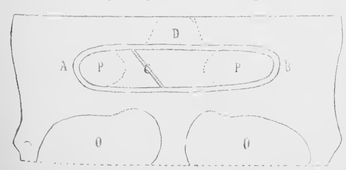


Fig. 4. — Face antérieure du frontal ouverte transversalement dans toute l'étendue des sinus frontaux. A B. — A. Sinus droit. — B. Sinus gauche. — C. Cloison intersinutielle déviée à droite. — D. Extrémité supérieure du sinus s'avançant très haut dans le frontal. — O. Orbites. — P. P. Partie de la paroi postérieure constituant la paroi antérieure des sinus postérieurs supplémentaires.

Ayant élargi la petite ouverture je suis tombé à mon grand étonnement sur une cavité plus grande que le sinus normal et s'étendant très loin dans la voûte orbitaire. Après le deuxième curetage la malade guérit et le fait fut classé par moi dans la catégorie de cloisonnements partiels presque complets.

En faisant des recherches il y a un an à l'Ecole pratique — recherches que j'ai pu entreprendre grâce à l'obligeance de mon aimable confrère le Dr Gosset, à ce moment prosecteur — j'ai trouvé sur une coupe fraîche un sinus postérieur très grand, communiquant avec l'antérieur par un très petit pertuis et possédant un canal naso-frontal propre.

En continuant toujours mes recherches, j'ai constaté il y a quelques temps, sur la pièce que j'ai l'honneur

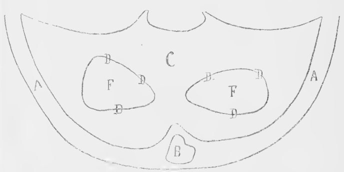


Fig. 5. — A A. Section du frontal par le trait de scie horizontal habituel. — B. Extrémité supérieure du sinus frontal. — C. Plancher de la fosse cérébrale antérieure. — D. D'. Ouverture pratiquée a l'aide de la gouge et de la pince dans le plancher dédoublé de la fosse cérébrale antérieure correspondant exactement a l'étendue de la paroi supérieure des sinus supplémentaires. — F F. Paroi intérieure des sinus supplémentaires formée par la paroi supérieure de l'orbite très amincie, réduite presque a l'épaisseur d'une feuille de papier.

de vous soumettre, la présence nette de deux sinus supplémentaires (droit et gauche) complètement indépendants des sinus normaux et possédant chacun un canal naso-frontal propre.

Sur la préparation sommairement faite, que j'ai l'honneur de vous présenter, on constate, après avoir fait sauter la paroi antérieure des sinus frontaux sur une étendue de 6 centimètres, que les deux sinus réunis ont 6 centimètres de longueur, 1 centimètre de profondeur et une hauteur variant de 1 centimètre dans les parties latérales à 3 centimètres et demi dans la partie centrale. La cloison, déviée à droite, fait que le sinus

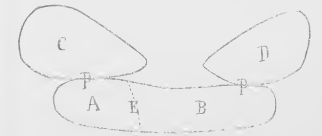


Fig. 6. — A B. Sinus frontaux normaux. — E. Cloison. — C D. Sinus frontaux supplémentaires. — P P. Partie inférieure de la paroi postérieure des sinus normaux formant la paroi antérieure des sinus supplémentaires

droit est de deux centimètres plus petit que le sinus gauche. Ces dimensions, constatées au cours d'une opération, seraient sûrement jugées suffisantes pour faire croire que l'intervention a été complète et cependant il n'en serait rien. Comme vous pouvez le voir, de chaque côté il existe un énorme sinus postérieur séparé du sinus normal par une cloison complète. Au milieu de cette cloison on pouvait apercevoir un petit pertuis, rappelant le chas d'une aiguille. Je l'ai légèrement agrandi en explorant la cavité. A droite, la paroi postérieure du sinus est intacte et en regardant de face on ne perçoit pas la moindre fissure. Ce n'est qu'en allongeant le regard vers le canal naso-frontal normal qu'on aperçoit un tout petit trou, gros comme un petit point d'imprimerie, qui fait communiquer ce canal avec

(1) Communication faite à la Société de Médecine de Paris, séance du 24 novembre 1900.

(2) Sappey, Cruveilhier, Richet, Testut, Poirier, Inkerkandl, etc.

(3) Les recherches que j'ai faites à ce point de vue dans : Maure, Garnaul, Luc, Luc-et-Barbon, Furet, Lermoyez, etc., sont restées infructueuses.

(4) Benj. Anger. — *Nouveaux éléments d'anatomie chirurgicale*. Paris, 1869, p. 357.

le canal naso-frontal postérieur, les deux canaux étant séparés l'un de l'autre par une cloison très mince.

Les deux sinus supplémentaires — dont j'ai enlevé, à l'aide d'une gouge et d'une pince, la paroi supérieure D D' formée par le plancher de la fosse cérébrale antérieure — affectent la forme d'une poire aplatie mesurant à peu près trois centimètres dans le sens transversal et deux centimètres à la base, et huit millimètres au sommet dans le sens antéro-postérieur. Les dimensions du sinus gauche sont légèrement plus petites que celles du sinus droit. Le schéma ci-joint indique d'une façon approximative la forme et les dimensions de deux sinus supplémentaires et leurs rapports avec les sinus frontaux normaux, en supposant une coupe horizontale du crâne passant au niveau des voûtes orbitaires à travers lesdits sinus normaux et supplémentaires.

Si aux trois faits que j'ai observés on ajoute ceux qui l'avaient été par Benj. Anger, et celui qui a été constaté récemment au cours d'une opération par le Dr Beco (de Bruxelles) (1) on a le droit, croyons-nous, de conclure que cette anomalie est assez commune et assez importante au point de vue des suites operatoires, pour que la nécessité s'impose, à chaque opération sur les sinus, de se préoccuper de son existence possible. Il faut que l'attention des confrères soit éveillée et il serait désirable que des recherches fussent instituées sur les meilleurs moyens à employer pour arriver à diagnostiquer, à dépister, si je peux m'exprimer ainsi, avant ou pendant l'opération, l'existence de cette importante anomalie. Dans notre prochaine réunion, j'aurai l'honneur de vous communiquer les moyens auxquels j'ai eu recours jusqu'à présent pour essayer d'établir ce diagnostic, ainsi que les résultats des recherches que je fais en ce moment pour mieux préciser la technique de l'intervention opératoire.

(1) Beco. — *Bulletins de la Société Belge d'otologie, laryngologie et rhinologie*. Bruxelles, 1900, p. 46.

AVIS A NOS ABONNÉS. — Conformément à l'avis inséré dans nos derniers numéros, nous prévenons nos abonnés que la quittance de leur réabonnement leur sera présentée à partir du **lundi 21 courant**.

AVIS A NOS ABONNÉS, AUX LIBRAIRES ET AUX AUTEURS.

Tout ce qui concerne la Rédaction (*manuscrits. volumes, journaux*). *doit être adressé au rédacteur en chef*, M. BOURNEVILLE ; *tout ce qui concerne l'administration* (*abonnements, mandats, chèques, valeurs, changements d'adresse. librairie, annonces*), *doit être adressé à* M. AIMÉ ROUZAUD.

ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE. — Le Pr Angello Zuccarelli (de Naples), directeur de la revue l'*Anomalo*, publie à l'usage des étudiants, des avocats, des magistrats et des naturalistes, ses intéressantes leçons en fascicules illustrés de 32 à 40 pages.

NOUVEAU JOURNAL D'HYPNOTISME. — Une revue médicale et scientifique, traitant des questions d'hypnotisme et de magnétisme et, en général, tous les phénomènes de psychisme expérimental, vient de paraître sous le titre le *Mouvement psychique*. Il sera l'organe de l'Institut des Sciences psychiques de Paris.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Sanatoria populaires pour tuberculeux (1).

MM. P. Kouindjy et Sersiron viennent de discuter, dans le *Progrès médical*, la passionnante question des sanatoria populaires. Le premier l'a fait avec une netteté rare, et le second avec bien de l'esprit. Tous deux ne se sont guère trouvés d'accord que sur un point. Angicourt, entaché d'administratisme, n'existe pas comme sanatorium. Cette opinion a, comme toutes les opinions humaines, sa part de vrai et sa part de faux. J'ai de bonnes raisons personnelles m'embarrassant pour la discuter. Angicourt est maintenant en route ; le mieux est de suivre, sans polémiquer, le chemin. Si nous réussissons, notre succès vaudra la meilleure raison suffisante. Si nous échouons, je serai le premier à reconnaître qu'Angicourt, sur bien des points, s'écartait des pures traditions sanatoriennes. En aucun cas, son échec ne saurait donc être invoqué contre la cause des sanatoria.

Sauf ce touchant accord sur notre insuccès fatal et sur l'impuissance administrative, MM. Sersiron et Kouindjy diffèrent, en apparence, beaucoup d'opinion. Celui-ci compte surtout sur le mutualisme, sur les groupements de communauté. Il entrevoit un vaste comité central rayonnant sur tout le pays. Les deux premières idées doivent être approuvées sans réserve. La troisième, l'idée d'un grand comité central, est plus discutable. Un des principaux obstacles au progrès est, en France, l'excès de centralisation. Les provinces, les villes même ont trop peu gardé, comme en Allemagne, leur existence individuelle. Mieux vaut opérer sur place par provinces, par départements, par grandes villes régionales, que d'avoir cette complication de toujours recourir à Paris.

M. Sersiron compte surtout sur la bienfaisance privée et les élans de charité individuels. Son exemple personnel plaide en faveur de cette idée. Notre ami, en peu de mois, a su grouper autour de son œuvre antituberculeuse bien des bonnes volontés se traduisant en actes, *id est*, ouvrant leurs porte monnaies.

Car le manque d'argent reste, au fond, la question grave aussi bien pour un sanatorium populaire privé que (et peut-être encore plus, pour un sanatorium administratif. Afin d'éviter les déceptions il faut, je crois, bien séparer deux ordres de dépenses : 1° les dépenses une fois faites de création du sanatorium ; 2° les dépenses de fonctionnement annuel.

Les premières exigent la mise de fonds la plus considérable. Elles sont pourtant les plus faciles à assurer. Elles viennent au moment du premier enthousiasme et des grands espoirs. On a souvent calculé le prix de revient d'un sanatorium populaire de cent lits. En s'en tenant, comme à l'étranger, à des constructions simples, économiques, presque rudimentaires (ce sont peut-être les meilleures), quatre cent mille francs paraissent suffire.

L'exemple de l'Allemagne et de la Suisse montre en effet une tendance de plus en plus nette. L'empla-

(1) Voir *Progrès médical*, nos 47, 48, 51 de 1900.

cement du sanatorium : climat, abri du vent, absence d'humidité et de brouillard, terrain perméable, compte beaucoup. Les constructions elles-mêmes sont un facteur assez négligeable. Quelques établissements de la Croix-Rouge allemande ne sont, en réalité, que des baraques de bois en pleine forêt. Quelques-uns ne servent même que pendant la belle saison. Les résultats thérapeutiques n'en sont pas moins parfaits.

Dans l'élan du début, quatre cent mille francs ne dépassent pas l'effort possible des souscriptions privées et de quelques subventions officielles. En France, il est un rouage gouvernemental particulièrement bien placé pour agir dans cette création de sanatoria. Ce sont les Conseils généraux. Par leurs fonctions, par les tournées de revision militaire, les Conseils généraux comprennent les ravages croissants de la tuberculose. Leurs pouvoirs en matière d'assistance publique départementale sont assez étendus. Moins engagés dans la politique pure que les assemblées plus élevées, les Conseils généraux s'intéressent plus aisément aux créations terre à terre mais pratiques, aux améliorations de détail. Il sera donc excellent de leur faire appel.

Les dépenses de fonctionnement sont bien plus embarrassantes. Il ne s'agit pas, comme pour la construction, d'une somme une fois donnée. Il s'agit d'avoir une rente régulière, indéfinie. Le chiffre nécessaire surprend toujours désagréablement ceux qui abordent pour la première fois la question. Il faut compter sur cent cinquante mille francs par an pour assurer le fonctionnement d'un bon sanatorium de cent lits. Quelques sanatoria étrangers ont cependant réalisé des miracles d'économie. Le personnel est réduit au minimum, la plus grande partie du travail domestique étant faite par les malades mêmes. Le sanatorium devient ainsi un véritable phalanstère où chacun collabore à l'œuvre commune. Cette disposition diminue à la fois la dépense et l'ennui. Elle rend à la sortie la transition moins pénible au moment du retour à la vie active. Et les esprits malicieux aiment à répéter qu'il n'y a dans un sanatorium qu'un seul fonctionnaire utile et indispensable, la cuisinière ou le cuisinier. Mais ici surviennent les dépenses irréductibles. La suralimentation est la base même du traitement. Elle ne supporte par suite aucune économie. D'autres dépenses : dépenses d'antisepsie, d'hygiène et de propreté ne sauraient, elles non plus, être réduites sans tuer le sanatorium.

La meilleure solution pratique est de fractionner ces dépenses de fonctionnement. Une certaine partie reste à la charge de l'œuvre. Mais la plus forte doit être demandée sous forme de frais de séjour aux malades eux-mêmes. On aboutit à cette conclusion paradoxale, mais très juste. « Un sanatorium populaire pour tuberculeux pauvres ne doit jamais être gratuit ». C'est pour ce paiement que le mutualisme peut, comme le veut Kouindjy le mieux intervenir. Sociétés de secours mutuels, grandes administrations accepteront assez volontiers cette charge pécuniaire pour faire soigner leurs sociétaires ou leurs employés malades. D'autres postulants se présenteront à titre purement individuel. Pour le paiement de leur frais de séjour on ne pourra plus compter que sur la bienfaisance privée. Celle-ci fera rarement défaut. Sans doute on verra se dérober quelques pseudophilanthropes aussi réfactaires à tout appel portant sur leur bourse que prodigues en chaleureuses lettres de recommandation. Mais les bons cœurs n'abandonneront pas ainsi leurs protégés. Pour ces admissions individuelles, il est raisonnable d'admettre un prix un peu plus élevé (4 et pour certaines classes 5 francs par jour), que dans le cas d'admission par abonnements avec des collectivités. Et les indigents, demandera-t-on, ceux qui n'ont, disposés à payer pour eux, ni protecteurs, ni sociétés d'aucune sorte. Pour eux restera, et c'est précisément notre raison d'être à Angicourt, l'Assistance publique. Il est vrai que celle-ci, suivant le pronostic d'un de mes contradicteurs, excellent clinicien que j'estime beaucoup, doit mourir à bref délai de fonctionnarisme. Angicourt la suivrait naturellement dans sa tombe. Heureusement que le fonctionnarisme est une maladie d'évolution lente, comportant parfois des rémissions prolongées...

Nous sommes en réalité les ouvriers d'une tâche commune. La besogne est assez lourde pour tous les modes d'énergie. Le mieux est d'utiliser toutes les ressourses disponibles, l'Assistance publique, le mutualisme et la charité.

A.-F. Plicque,
Médecin en chef du Sanatorium d'Angicourt.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 janvier 1901. — Présidence de M. le Pr Netter.

Cytologie de la pleurésie diphtérique expérimentale.

MM. Courmont et Arloing ont repris les expériences de MM. Widal et Ravaut sur le cobaye inoculé de toxine diphtérique. Les inoculations de toxine et aussi de culture microbienne complète fournissent une formule cytologique presque exclusivement mononucléaire.

Production rapide d'antitoxine diphtérique.

MM. Arloing et Nicolas ont obtenu chez l'âne une réaction antitoxique par les injections de toxine sérum et des injections isolées de toxine et de sérum. Mais cette réaction est inferieure à la réaction antitoxique consécutive aux injections de toxine pure. La conclusion n'est pas favorable à l'emploi des mélanges de toxine sérum ou de culture sérum pour la production rapide de l'antitoxine diphtérique.

Jeûne accidentel; son influence sur l'asphyxie.

M. Féré a expérimenté sur des cobayes que le jeûne accidentel diminue la résistance à l'asphyxie. Ces cobayes soumis à l'inanition, puis asphyxiés sous l'eau, sont morts bien plus rapidement. Un jeune homme tombé dans l'eau, après trente-six heures de jeune, a subi une asphyxie beaucoup plus marquée que l'autre, soumis à l'alimentation normale.

Ferment de la levure de bière.

MM. Henry et Pozaski. — Le ferment inversif de la levure de bière, porté même pendant un temps court à 40°, ne revient pas à l'état normal quand on le ramène à 25° ; de plus, si on laisse la solution à 40° pendant dix, vingt, trente minutes, l'intensité du ferment ramené à 25° reste la même.

Influence de la température sur le travail.

M. Ch. Féré a vu, dans des expériences réitérées, le refroidissement amener la diminution du travail, suivie d'une légère recrudescence, puis d'un épuisement rapide.

Tumeur amylolytique du foie.

M. Pernilleux envoie son étude pour ses tumeurs amylolytiques, inversif et glycolytique du foie sur le dosage de l'amidon transformé.

Sons voyelles en fonction du temps.

M. Gellé, avec le phonographe qui donne la durée des sons et de leurs intervalles dans le langage articulé a étudié les sons voyelles.

Fonction du pneumogastrique comme régulateur de la température.

Le prince Tarchanow a étudié le rôle du pneumogastrique sur la température. Sur des canards ayant la tête sectionnée après ligature du cou pour écarter la perte de sang, et chez lequels on pratique la respiration artificielle, la vie persiste encore vingt-quatre heures ; un thermomètre dans le rectum de ces oiseaux montre que chez celui qui a les pneumogastriques conservés, la température baisse moins rapidement. Si on curarise les canards de façon à annihiler l'action du cœur sans entraver l'action secrétoire, on obtient l'élévation à la température par excitation du nerf vague. Il agirait donc comme régulateur de la température, par action circulatoire et par action secrétoire. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 janvier.

Encore une séance attristée par un deuil, par la mort de M. Chatin, le doyen d'âge et le doyen comme date d'élection de l'Académie.

La séance est levée en signe de deuil aussitôt après l'élection, dans la section de thérapeutique.

Les candidats présentés étaient : en première ligne : M. Du Castel ; en deuxième ligne : MM. Balzer, Bardet. Delage, Gilbert et Merklen.

M. Du Castel est élu par 60 suffrages contre 4 à M. Bardet, 4 à M. Gilbert, 2 à M. Merklen et 2 bulletins blancs sur 64 votants. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 janvier 1901. — Présidence de MM. Richelot et Beni-Barde.

La séance est ouverte à 4 h. 45. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. Lettre-circulaire du Ministère de l'Instruction publique annonçant que le XXXIXe Congrès des Sociétés savantes s'ouvrira à Nancy, le 9 avril prochain, à deux heures ; demi-place en chemin de fer.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. Henri Voisin, qui se trouve actuellement dans le Midi, et regrette de ne pouvoir assister au banquet ; 2° Lettres de MM. les Drs Viennois (de Cannes) et Doyon (de Lyon) ayant le même objet ; 3° Lettres de MM. Guichard (de Lignières-Sonneville, Charente) et Hugues (des Arcs, Var) demandant l'abonnement au *Progrès médical*, et envoyant chacun dix francs. La somme de vingt francs a été versée au trésorier ; 4° Lettre de M. Coudray s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et demandant de reporter au 26 janvier la lecture de son rapport sur la candidature du Dr Dutertre ; 5° Lettre de M. Juliano Moreira (de Bahia, Brésil) remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant étranger ; 6° Lettre de M. le Dr Albert Rogalski (de Constantinople), posant sa candidature au titre de membre correspondant étranger et envoyant à l'appui un travail intitulé : *De l'origine phénicienne de la lèpre*. Parrains : MM. Zambaco-Pacha et Buret. L'examen de cette candidature est renvoyée à une commission dont le rapporteur est M. Jullien ; 7° Lettre de Me Fourchy, notaire à Paris, accompagnant l'envoi d'un extrait du testament du Dr Gustave de Beauvais, pièce destinée à permettre à la Société d'obtenir l'autorisation nécessaire pour toucher les 2.000 francs qui lui ont été laissés par notre collègue ; 8° Lettre de M. Boucheron maintenant sa demande d'honorariat.

M. le Président rappelle que le secrétaire général avait été chargé de demander à M. Boucheron d'attendre quelque temps. Devant l'insistance de notre collègue, il estime qu'il y a lieu de nommer immédiatement une commission pour examiner cette candidature. Comme M. Boucheron n'a pas paru à la Société depuis de longues années, il demande s'il y a, parmi les membres présents, quelqu'un l'ayant connu et voulant bien se charger du rapport. Personne ne répondant, M. le Président se voit dans la nécessité de nommer un rapporteur d'office : cette charge incombant au dernier membre titulaire reçu dans la Société, M. Roché est nommé rapporteur. M. le Président annonce qu'il a reçu une lettre de M. Guépin, donnant — *et irrévocablement* — sa démission de membre titulaire de la Société, sans autres détails. Il demande si quelqu'un a connaissance des raisons qui ont fait prendre à M. Guépin une résolution aussi subite. Personne n'étant en mesure de renseigner la Société à cet égard, M. Richelot s'offre pour faire auprès de M. Guépin une démarche officielle, afin d'écouter ses griefs et de le faire revenir, si possible, sur sa détermination. Cette proposition est adoptée.

M. le Secrétaire général donne le résultat de la conférence des secrétaires généraux, relativement au projet de réunion plénière annuelle de trois sociétés. Les trois sociétés adhérant en principe au projet sont : 1° La Société de Médecine de Paris ; 2° La Société médico-chirurgicale ; 3° La Société de Médecine et de Chirurgie pratiques. Pour éviter les frais de location d'une salle, il a été décidé qu'on adopterait le jour de séance d'une des trois Sociétés. Le sort est tombé sur la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques. L'assemblée générale, sorte de petit congrès, aura donc lieu le *jeudi 1er mars 1901* ; chacun recevra une convocation indiquant l'heure de la séance. La présidence sera donnée au doyen d'âge. La question proposée pour cette année est : *Des sérums en thérapeutique*. Il sera nommé une commission de trois membres, un par société, et cette commission choisira un ou plusieurs rapporteurs. Le manuscrit du rapport devra être déposé avant le 20 février ; les tirages à part seront aux frais respectifs de chaque société. Le délégué de la Société de médecine de Paris sera nommé dans la prochaine séance.

Discours de M. Richelot, président sortant.

Mes chers Collègues,

C'est toujours une preuve de bon goût de ne pas faire un trop long discours. Et cependant, dans une réunion comme la nôtre, il arrive souvent que le plaisir de causer sans façon l'emporte sur le devoir de se montrer discret. Après l'année qui vient de s'écouler, j'aurais été heureux de vous entretenir longuement, si l'année présente ne s'ouvrait pour moi sous de tristes auspices, si la santé de ma mère, arrivée à la fin d'une longue carrière, ne m'ôtait toute joie et toute liberté d'esprit. Vous me pardonnerez de n'être pas éloquent, dans un moment où je voudrais garder le silence et me recueillir.

Je n'ai pas voulu, cependant, manquer à cette séance, où j'ai à vous dire combien j'ai été flatté de présider à vos travaux pendant l'année 1900. La Société de médecine, bien que je sois devenu un de ses membres les moins actifs, est une de mes vieilles affections ; elle est toute pleine, pour moi, du souvenir de mon père qui, lui aussi, en fut président et prit part bien longtemps à ses travaux. Elle me rappelle aussi les premiers pas de ma carrière chirurgicale, mes débuts à la tribune des Sociétés savantes, l'accueil bienveillant des plus anciens d'entre vous. Quelques-uns ont disparu ; ceux qui restent, encore plein de vigueur et toujours attentifs aux progrès de notre science, sont pour moi comme une famille qui m'a rappelé dans son sein en me nommant président pour une année, et auprès de laquelle je suis venu avec joie retrouver mes anciennes impressions, raviver mes vieux souvenirs.

A cette famille se sont adjoints peu à peu des membres nouveaux, qui ont rajeuni notre Société et la maintiennent au rang qu'elle a toujours occupé. Cette année, nous avons travaillé ensemble et discuté plusieurs graves questions : vous vous rappelez nos débats sur le diabète et l'arthritisme, l'opothérapie ovarienne, la syphilis.... Mais je ne veux pas empiéter sur le domaine de notre secrétaire général, et je lui laisse le soin de rendre à chacun la part d'éloges et d'encouragement qui lui est due.

En quittant ce fauteuil, je vous remercie, mes chers collègues, des heures de sérieuses études et d'aimables entretiens que j'ai trouvés au milieu de vous. Et je le quitte rassuré sur l'avenir de vos travaux; l'année qui finit à vu dans notre collègue Beni-Barde, un vice-président d'une assiduité rare; l'année qui commence aura un président actif est toujours affable. Et c'est en vous félicitant de l'avoir choisi que je l'invite à prendre ma place.

M. Beni-Barde, nouveau président, se lève et prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers Collègues,

Je ne veux pas m'installer dans ce fauteuil présidentiel avant de vous exprimer mes remerciements, et avant de vous dire combien la distinction, dont vous venez d'orner ma carrière, m'a tout à la fois agréablement surpris et profondément touché. Dans cette circonstance spéciale, qui éveille en moi d'heureux et lointains souvenirs, vous avez bien voulu, en me nommant président, faire votre choix dans la vieille garde de la Société dont je fais partie, et reconnaître, par cette manifestation bienveillante, les droits de l'ancienneté. Ce procédé délicat absout mes absences, hélas ! assez nombreuses, et respecte en même temps ma fidélité qui n'a jamais été défaillante ; mais il m'impose une fonction dont l'importance trouble ma volonté et la rend hésitante.

Depuis longtemps déjà je vis avec des névropathes qui mettent souvent ma sensibilité à l'épreuve. Eh bien, malgré cet entraînement professionnel, je ne suis pas à l'abri de toutes les impressions sensitives ; et j'éprouve. en vous adressant la parole aujourd'hui, une réelle émotion. Cette émotion est certainement bienfaisante, puisqu'elle fait naître dans mon esprit le désir de me consacrer ardemment à vos travaux, et dans mon cœur des sentiments de reconnaissance que je tiens à vous adresser sans retard.

Le poste que vous m'avez confié est souvent difficile à occuper, et sa prise de possession serait assez embarrassante, si le débutant n'était pas soutenu par ses prédécesseurs qui, heureusement pour lui, ont laissé après eux un moulage de leur activité intellectuelle, moulage utile qu'on peut aisément contempler en pleine lumière et qu'il est parfois possible d'imiter. En évoquant les années écoulées je rencontre une véritable légion de présidents qui sont, avec raison, considérés comme des guides surs et expérimentés.

Hélas ! dans ce groupe choisi, la mort fait de nombreuses victimes. Tout dernièrement encore, elle nous a enlevé notre ami de Beauvais, qui fut un président plein de bonté, de vaillance et d'instruction. A tous ceux qui nous ont quitté avant l'heure, qu'il me soit permis d'envoyer, dans le dernier asile que le destin leur a fixé, nos regrets et nos souvenirs les plus attendris.

Quant à ceux qui heureusement nous restent encore, je les prie de continuer à favoriser, par leur science et par leurs conseils assidus, la marche progressive de notre Société. Il en est, parmi ceux qui, je le sais, ont pris l'initiative de ma candidature ; qu'ils me permettent de les remercier publiquement. Cette reconnaissance motivée m'amène, par une transition toute naturelle, à vous parler des excellents collègues qui ont fait partie du bureau pendant l'année 1900.

Je cite d'abord le président Richelot dont nous avons pu apprécier l'urbanité, la science et le talent. Il a dirigé nos débats avec un tact, une impartialité et une intelligence qui ont exercé sur nos discussions une très heureuse influence. Je le prie de recevoir mes félicitations et les vôtres.

Je dois nommer ensuite notre distingué secrétaire général, M. le Dr Buret, dont la vigilance impeccable et l'esprit avisé, donnent à nos séances une impulsion féconde et une allure toujours intéressante. Je suis sûr d'avoir votre approbation en lui exprimant notre vive et profonde gratitude.

Je dis adieu et j'envoie nos regrets aux deux secrétaires annuels qui nous quittent, MM. les Drs Dhomont et A. Weil; et je salue, en leur faisant un cordial accueil, MM. les Drs Vidal et Monel qui, en acceptant leur succession, ont voulu donner à la Société un premier gage de leur précieux concours.

Que de reconnaissance, enfin, ne devons-nous pas avoir pour M. le Dr Millée, notre archiviste, aujourd'hui remplacé par M. le Dr Mouzon, à qui je souhaite la bienvenue, et M. le Dr Tissier, notre trésorier. Veillant l'un et l'autre avec un soin jaloux sur notre double trésor intellectuel et pécuniaire, ils ont rempli cette tâche ingrate avec une perfection absolue qui mérite nos plus sincères remerciements.

Ces mêmes remerciements sont dus aux membres des commissions permanentes ou temporaires qui prêtent au Bureau leur collaboration utile et éclairée.

Ce concert élogieux, donné par le nouveau président ne renferme jamais de notes discordantes ; il a son origine dans les traditionnelles habitudes de notre Société. Douces habitudes qui ont été à tort critiquées par des esprits trop indépendants, et que, pour mon compte, je trouve attrayantes et nécessaires. Sans elles, dans notre série de travaux, un jour ne tiendrait pas à l'autre, et nos souvenirs n'auraient plus d'attaches. La chaîne présidentielle de notre Société, dont le premier anneau remonte à la fin du XVIIIe siècle, serait détruite et ressemblerait (que l'on me permette la comparaison) à un collier dont le fil aurait été brutalement cassé. Conservons-les ces confraternelles habitudes ; elles nous donnent la conscience de notre être déployé derrière nous, dans l'espace et dans la durée ; elles allongent notre existence de toute la portée de nos souvenirs ; elles nous permettent, enfin, que nous soyons réunis ou séparés, d'avoir tous le sentiment de ce que nous sommes.

Je dois ajouter à ce concert élogieux, dont je parlais tout à l'heure, une finale qui m'est inspirée par l'apparition d'une ère nouvelle. Par une circonstance imprévue je me trouve appelé, moi, un des plus anciens de vous tous, à inaugurer la lignée présidentielle du siècle qui vient de naître. Mes prédécesseurs, jeunes ou vieux, appartiennent désormais au siècle passé qui, dans sa première partie fut celui de la gloire, de la littérature, de la poésie, de l'éloquence, de la musique et des Beaux-Arts, et dont la seconde moitié s'appellera l'ère de la renaissance scientifique. C'est dans cette dernière période séculaire que mes prédécesseurs seront placés par les écrivains qui auront la mission de publier l'histoire scientifique de notre époque.

Et maintenant, mes chers collègues, permettez-moi de terminer mon allocution par une très courte profession de foi pour laquelle je demande cette bienveillance dont le Président qui débute a toujours besoin.

De toutes les diverses sections constituantes de la science médicale, celle qui compte le plus d'adeptes et que je crois la plus utile, la plus féconde et la plus bienfaisante, est la section de thérapeutique.

La préférence que je manifeste sans crainte devant vous, et qui me semble très légitimée, ne doit pas nous faire proscrire l'étude de la philosophie médicale, de la pathogénie, de la physiologie et des autres grandes spécialités qui forment notre domaine professionnel. Cette étude difficile et souvent ingrate nous permet d'avoir des conceptions hypothétiques basées sur un rationalisme éclairé. Elle nous aide à comprendre le peu des principaux rouages de la nature humaine, accordant aux plus privilégiés d'entre nous le don d'entrevoir quelques-uns de ses mytères. Elle nous permet de croire que l'être vivant n'est pas une agrégation fortuite d'organes indépendants, mais bien une unité indissoluble formant un ensemble harmonieux, dans lequel l'esprit et la matière se trouvent intimement liés par une solidarité indestructible et par un concours réciproque toujours en éveil.

D'autre part, l'étude de ces connaissances spéciales nous autorise à supposer, malgré notre déférence pour les dogmes de l'orthodoxie régnante, que les maladies ne sont pas toutes des produits parasitaires végétant isolément sur le point où le hasard a déposé leurs germes. Elle nous enseigne qu'il faut

tenir compte du sol où ils prennent racine, du terrain qui facilite leur développement, et enfin des systèmes vitaux, qui, en maintenant intactes les forces de l'organisme, ont l'immense charge de prévenir et de réparer les désastres dont elles peuvent être atteintes.

Et bien, messieurs, c'est pour soutenir ces forces conservatrices et les aider quand elles sont en détresse que la thérapeutique a été créée. Sans elle la médecine serait découronnée.

Je n'ignore pas que les méthodes curatives que lui empruntent les praticiens ne sont pas toujours uniformes, et qu'il existe entre elles une antinomie parfois systématique. Mais je ne suis pas effrayé par cette discordance qui s'efface avec le temps et finit par disparaître.

A l'appui de mon dire permettez-moi de vous rappeler, sous la forme anecdotique, une discussion académique à laquelle prirent part deux grandes personnalités médicales du siècle passé, le Pr Bouillaud et le Pr Trousseau.

Bouillaud, ce disciple fervent de Broussais, était, comme vous le savez, la protagoniste de la saignée; par elle il croyait pouvoir juguler la plupart des maladies. A la fin de sa carrière, cet apôtre intransigeant des émissions sanguines, frappé des résultats obtenus par les agents thérapeutiques recommandés par Trousseau, délaissa son idole préférée et devint tout à coup le propagateur du fer et du quinquina. Trousseau, étonné et fier tout à la fois d'assister au ralliement d'un si puisant adversaire, signala simplement cette contradiction ou plutôt cette conversion à l'Académie, en s'empressant de rendre un solennel hommage à la sincérité de son illustre collègue. Et Bouillaud, tout frémissant encore des luttes de la veille, lui répondit, en donnant à ses paroles l'accent dramatique qui ornait presque toutes ses harangues : Ne m'accusez pas d'abondonner mes anciennes croyances; mes malades, seuls, ont changé ; et moi, en voyant les transformations, je me suis *adapté*. Voilà tout.

Trousseau trouva le mot séduisant, et la riposte parfaite. Il lui dit : Vous êtes un grand savant et un merveilleux doctrinaire. Moi, je ne suis qu'un artiste, et je n'ai d'autre ambition que d'être un virtuose. Nous visons le même but, c'est-à-dire, la guérison des malades; et, pour l'atteindre, nous sommes vous et moi guidés par cette foi active et sincère que Corneille, votre poète favori, impose à Polyeucte et à Pauline. Nous sommes faits pour nous entendre; et c'est la thérapeutique qui a scellé notre union.

Cette discussion eut un grand retentissement dans le monde médical et surtout dans les salons du Pr Bouillaud où, soit dit en passant, j'ai eu le plaisir de faire la connaissance de notre doyen et ancien Président, le Dr Leudet. Il doit se rappeler avec quel enthousiasme le célèbre médecin de la Charité, le savant ingénieux qui a le premier étudié les fonctions des circonstances cérébrales, parlait des bienfaits de la thérapeutique.

Et bien, Messieurs et chers Collègues, je profite de cette digression pour glorifier ces bienfaits à mon tour et pour vous dire : la thérapeutique, celle qui n'exclut ni l'étude des questions doctrinales, ni celle des faits nouveaux, doit être notre principale inspiratrice. Elle nous offre un terrain fécond sur lequel votre activité professionnelle peut s'épanouir en toute liberté et produire des travaux intéressants, capables, assurément, de conserver à notre société, qui est la plus ancienne de toutes, son antique renommée et son enviable réputation.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Picqué à venir occuper le fauteuil de la vice-présidence.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL monte à la tribune pour lire son rapport annuel.

Rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1900.

M. BURET, secrétaire général,

Messieurs et chers Collègues.

Confirmé par vos bienveillants suffrages dans les fonctions délicates de secrétaire général, je commence par accomplir la tâche pénible qui consiste à signaler les vides que la mort a produits dans notre Compagnie. Moins généreuse qu'en 1899, où elle voulut bien se contenter de trois victimes, elle a frappé double en 1900, ce qui m'oblige à enregistrer sept décès. C'est d'abord BOVET, membre correspondant national, décédé en février. Bovet, qui se fit recevoir docteur en médecine après avoir été pharmacien, exerçait à Pougues, comme médecin hydrologue. Puis c'est APOSTOLI, membre titulaire, qui succomba le 17 avril aux suites d'une pneumonie grippale. Georges Apostoli était né en 1847, à Saint-Michel-de-Lanès (Aude). Fils de médecin, il entra à l'Ecole militaire de Strasbourg, où il fut un des élèves assidus de l'illustre Sédillot, l'un des fondateurs de notre Compagnie — alors la Société de Santé — notre premier secrétaire général, qui conserva ses fonctions jusqu'en 1818, c'est-à-dire pendant vingt-deux ans. Après dix années passées dans l'armée, dont la majeure partie en Algérie, Apostoli donna sa démission et vint se fixer à Paris. C'était en 1878. Je suis d'autant plus sûr de la date que ce fut cette année-là que je fis sa connaissance. J'étais alors externe à l'hôpital de Lourcine (Broca maintenant), dans le service de Martineau. Je vois encore Apostoli, arrivant un matin dans le cabinet de visite de la salle Saint-Alexis, où j'étais seul, et m'annonçant qu'il venait à Lourcine pour s'initier à l'examen des femmes. « Je vais essayer cette spécialité, me disait-il ; si je ne réussis pas, j'aurai toujours la ressource de faire de la médecine générale ». Il fut très assidu pendant plusieurs mois, puis je le perdis de vue. Je le retrouvai, quelques années plus tard, à sa clinique de la rue du Jour où, après avoir profité des leçons de Tripier, il appliquait l'électricité à la gynécologie. Nous savons qu'il se fit un nom en électrothérapie et qu'il y a une méthode de traitement des fibromes utérins qui s'appelle *méthode d'Apostoli.*

Vient ensuite Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare, membre titulaire depuis 1873, mort à 66 ans. Docteur ès-sciences naturelles, ancien interne des Hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, Chéron était également un gynécologue dont le nom restera dans nos annales. Mais lui se fit un ardent défenseur des méthodes conservatrices, à une époque où le *prurigo secandi* devenait de plus en plus contagieux. Un livre restera parmi les œuvres de Chéron : l'*Introduction à l'étude des lois de l'hypodermie*. D'une famille médicale, fils, beau-frère et oncle de médecins, Jules Chéron laisse un fils, Henry, docteur en médecine, ancien interne des Hôpitaux.

Le mois de juin a été particulièrement néfaste pour la Société ; trois membres disparaissent l'un après l'autre : MILLOT-CARPENTIER, qui, après avoir été membre cerrespondant national pendant dix-huit ans, venait d'être nommé titulaire. Notre confrère était un lettré qu'avait surtout séduit l'histoire de la médecine. FACIEU, membre correspondant national depuis 34 ans, qui s'est éteint à Gaillac, dans le Tarn. Puis c'est Georges MASSON, l'éditeur bien connu, membre honoraire de notre Société, commandeur de la Légion d'honneur, membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique, du Comité consultatif d'hygiène, etc.

Nous aurions pu croire, à Noël, que la liste nécrologique était enfin close, lorsque le 26 décembre, en lisant les journaux, je constatai qu'une tête vénérable venait s'ajouter à cette hécatombe. Cette fois, la perte était particulièrement sensible : vous savez tous qu'il s'agit du Dr Gustave de BEAUVAIS, que vous deviez nommer aujourd'hui même membre honoraire, en récompense des longs et nombreux services qu'il avait rendus à la Société, tant comme secrétaire général que comme président. Comme ce fut à moi qu'échut, au dernier moment, l'insigne honneur de dire un suprême adieu à notre cher collègue, je vous demanderai la permission de vous lire l'allocution que j'ai prononcée au cimetière du Père-Lachaise le 28 décembre 1900. Ce sera la notice biographique prévue par nos règlements.

« En l'absence de notre président, retenu près de sa mère mourante, et du vice-président empêché, c'est au secrétaire général, prévenu à la dernière minute, qu'est dévolu le pénible honneur de prononcer quelques paroles sur la tombe du Dr Gustave de Beauvais. Je n'essaierai pas de vous retracer la vie de l'homme de bien que nous venons tous pleurer ici : une voix plus autorisée que la mienne a déjà entrepris ce panégyrique, et je ne pourrais qu'en amoindrir l'effet. Pour les mêmes raisons, je ne parlerai pas de ses œuvres scientifiques,

je n'envisagerai que le collègue aimable et bon, le savant collaborateur dont la Société de Médecine de Paris sentira longtemps la perte.

« Entré en 1874 dans notre compagnie, le Dr G. de Beauvais nous a a donné près de vingt-sept ans de sa vie scientifique. Il arrivait parmi nous à un âge où la situation est faite, avec le prestige des titres antérieurs et des distinctions glanées dans chaque grande circonstance où il fallait des dévouements. Là, on était toujours sûr de le trouver. Ainsi, ce fut en 1846, pendant l'épidémie de choléra, qu'il fut fait chevalier de la Légion d'honneur, à l'âge de 26 ans. Il reçut la croix d'officier en 1871 pour ses soins donnés aux combattants, et souvent au péril de sa vie. En 1878, la Société de médecine de Paris le nomma son secrétaire général ; ces fonctions lui furent confiées de nouveau en 1881 ; il les garda jusqu'en 1883, c'est-à-dire pendant cinq ans. Vice-président en 1884, il était, en 1885, nommé président de notre Société. Rentré dans les rangs l'année suivante, notre collègue n'a jamais cessé d'assister à nos séances et d'y apporter, avec des observations marquées au coin de ce sens clinique dont il avait le secret, un esprit analyste et judicieux qui faisait rechercher son opinion. Enfin, il est mort au moment où la Société de Médecine de Paris allait, sur sa demande, lui accorder sa dernière récompense, c'est-à-dire le nommer membre honoraire.

« De l'homme, que pourrais-je dire que vous ne sachiez et qui n'ait été répété cent fois ! Jamais nous n'oublierons cette grande physionomie médicale, cet air de dignité spéciale qui imposait le respect, ce commerce agréable qui entraînait l'affection. Il a donné ce spectacle, assez rare en notre siècle, d'un homme qui a fourni une très longue carrière libérale, sans cesser un instant de commander l'estime des honnêtes gens qu'il emporte avec lui, et en laissant la souvenir d'un grand savant et, ce qui est mieux, d'un bienfaiteur. Gustave-Achille de Beauvais, au nom de tous tes collègues de la Société de Médecine de Paris, adieu ! »

Abordons maintenant un sujet moins triste, celui de nos travaux. C'est M. ROUBINOVITCH qui ouvre la marche et attache le grelot pour une question palpitante l'intérêt, la *lutte contre l'alcoolisme*. La société s'en émeut et nomme une commission à cet effet, ce qui nous vaut un excellent rapport de M. VILLEPRAND ; un vote récent de la Chambre des Députés a sanctionné les vœux du corps médical tout entier.

Puis c'est M. JULLIEN, toujours fidèle à ses promesses, qui nous apporte le second mémoire annoncé sur les vénériennes à Saint-Lazare. Ce travail est plein de révélations inédites sur la traite des blanches et nous fait pénétrer dans les coulisses tristement fleuries, de la vie de trottoir. L'auditeur révolutionnaire écouta très religieusement, mais voulut encore essayer de risquer quelques objections, se montrant légèrement sceptique relativement aux espérances que M. Jullien, en bon saint Vincent de Paul, fonde sur les principes de morale prêchés aux filles publiques ; or, sa voix se perdit le long des fils électriques de notre nouvelle salle des séances.

M. LOUP, dans une communication fort intéressante, nous expose des aperçus nouveaux sur la genèse des stomatites et tend à y voir l'action d'un microbe spécial. M. ALBERT-WEIL, notre électro-thérapeute, nous signale les effets remarquables qu'il obtient par l'effluvation et l'étincelle statique (courants induits), notamment contre le lupus tuberculeux. M. GLÉNARD, pour qui le foie n'a plus de secrets, nous explique sa théorie sur l'alcoolisme insidieux, générateur d'affections trop souvent rapportées à une viciation héréditaire de l'organisme. Pour lui, les maladies de la nutrition, telles que le diabète, la congestion du foie, la dyspepsie, les lithiases, les neurasthénies, l'obésité, les hépatites, etc., seraient, dans un tiers des cas, dues à l'alcoolisme ignoré surtout par les malades. Une discussion fort intéressante a lieu, à laquelle prennent part MM. RICHELOT, JULLIEN et LAPREIT DE LACHARRIÈRE ; on demande à M. Glénard ce qu'il fait de l'arthritisme. Ce dernier revient avec son remarquable mémoire sur l'*hépatisme*, ce qui nous vaut une réponse de M. BENI-BARDE qui, tout en déclarant très séduisante la théorie de M. Glénard, dit qu'il reste, « jusqu'à nouvel ordre, un champion de l'arthritisme ». Avec Claude Bernard, il estime que l'alcool a toujours sa première action nocive sur le système nerveux. M. Richelot est aussi d'avis et maintient que le vice diathésique siège dans le système nerveux et non dans le foie.

M. SUAREZ DE MENDOZA nous fait d'intéressantes communications sur l'examen des sinus de la face et nous indique un procédé sûr et rapide pour pratiquer l'ouverture des cavités de l'oreille moyenne. Tout dernièrement encore il nous signalait — avec pièces anatomiques à l'appui — une anomalie curieuse, la présence de deux sinus frontaux supplémentaires. M. GUEPIN nous rapporte des cas très particuliers de calculs volumineux enchâtonnés dans la vessie, puis un cas de calcul de la prostate qui fut d'une extraction laborieuse. La syphilis est, comme d'habitude, représentée par notre confrère de Londres, le Dr G. OGILVIE, qui nous a envoyé cette fois un travail palpitant d'intérêt et ayant pour titre : *L'immunité congénitale à l'égard de la syphilis et la soi-disant « Loi de Profeta »*. L'auteur s'est efforcé de démontrer que ladite loi était en contradiction constante avec les données de la clinique, avis partagé par le traducteur. Ces divergences d'opinion nous valurent une belle communication de M. ANTONELLI qui vint nous prouver, grâce à sa découverte des stigmates ophtalmoscopiques, qu'il n'existait pas d'enfants nés sains tandis que la mère était en pleine évolution syphilitique, d'où discussion épique avec le traducteur. On sait que la loi de Profeta était ainsi formulée : « Un enfant sain, né d'une mère syphilitique, ne court aucun danger de contamination en étant allaité par elle. » Le traducteur de M. Ogilvie, ayant eu le malheur de traiter la loi de Profeta de *vue de l'esprit*, M. Antonelli est venu défendre son compatriote en disant que la loi de Profeta, loin d'être une vue de l'esprit, était plutôt un corollaire des principes qui règlent l'immunité des hérédo-syphilitiques. L'incorrigible traducteur, s'armant de la découverte et, par suite, des arguments de M. Antonelli lui-même, eut la suprême audace de déclarer en fin de compte que, du moment où *tous* les produits naissaient syphilitiques, latents sinon apparents, le mot « immunité » n'avait plus de raison d'être, et que par conséquent il reconnaissait qu'il n'y avait plus de *vue de l'esprit*, plus de corollaire, plus de loi de Profeta, en somme, plus rien... que la découverte de M. Antonelli ; et il est évident que Profeta ne la pouvait pressentir. La question fut longtemps à l'ordre du jour, et Dieu seul sait ce qu'il fut advenu si M. JULLIEN avait eu le temps de prendre part au débat. Mais ce dernier ne put que nous présenter une racine du Chili, destinée à remplacer le sérum viril de Brown-Séquard.

M. PICQUÉ nous fait d'intéressantes communications, tantôt sur les rapports entre les lésions urétrales et certains troubles mentaux, tantôt sur les tumeurs ovariques : nous attendons avidement les manuscrits et, comme sœur Anne, nous ne voyons rien venir. Même observation désolée relativement à M. RICHELOT, dont les intéressantes considérations sur les cautérisations utérines, dans la métrite du col, avec le caustique Filhos, sont encore dans nos mémoires, mais dont la postérité ne profitera pas, à moins d'un remords de l'auteur.

M. COUDRAY nous a lu une remarquable observation de torticolis permanent, reconnaissant pour cause une arthrite rhumatismale sous-occipitale chronique d'emblée ; il nous en a promis d'autres. — Signalons pour finir une observation de syphilis peu grave, mais rebelle, qui résista aux moyens ordinaires, pilules et frictions, et dont les manifestations tenaces cédèrent peu à peu aux injections d'huile grise. La guérison définitive, ou, si vous préférez, la disparition longtemps maintenue des accidents, fut due à une intoxication mercurielle.

Maintenant, pour me conformer à l'usage, bien que le règlement soit muet à cet égard, je me hâte de souhaiter la bienvenue à nos nouveaux collègues. L'année 1900 ne compte pas moins de onze nominations, se décomposant ainsi : un membre honoraire, sept membres titulaires, un membre associé résidant, un membre correspondant national et un membre correspondant étranger. Le membre honoraire est M. ABADIE, nommé le 10 février, que vous connaissez tous, et dont je n'ai pas besoin de vous retracer ici les qualités. Les membres titulaires sont, par ordre d'élection, M. GLÉNARD, ancien correspondant national, que nous avons été heureux de voir entrer dans la phalange active : trop connu également pour que

je puisse imposer un panégyrique à sa modestie. Puis, le 7 avril, trois nouvelles recrues, M. MILLOT-CARPENTIER, ancien correspondant national, un érudit que la mort nous a enlevé trop tôt ; M. Henri FOURNIER, dermatologiste très connu, dont vous avez tous apprécié le magistral travail sur les verrues ; M. Félix TERRIEN, distingué ophtalmologiste, chef de clinique de la Faculté. Le 12 mai, nous recevions M Henri VOISIN, médecin hydrologue, fils de notre regretté président, Auguste Voisin ; le 9 juin, M. VIDAL, très versé dans la sérothérapie, actuellement un de nos secrétaires annuels ; enfin M. ROCHÉ, qui s'est consacré aux affections de la bouche et des dents.

Nous comptons aussi un membre associé résidant, M. BOUSQUET, pharmacien de première classe et docteur en médecine, qui nous a lu un travail très complet sur la cryoscopie : il n'a pas fallu moins qu'un savant comme M. Frenkel, pour analyser cette communication et en faire ressortir la valeur. Comme membre correspondant national, nous comptons M. CENSIER, ancien membre titulaire, que des raisons spéciales ont amené à quitter Paris. Un seul membre correspondant étranger clôt cette liste, M. PETERSEN (de Saint-Pétersbourg), qui nous a envoyé une monographie intéressante sur les altérations des dents chez les syphilitiques.

Eh bien, messieurs, malgré cette liste respectable de nouveaux venus, nous sommes encore en déficit : un simple coup d'œil jeté sur notre liste vous permettra de constater que les membres titulaires, au nombre de 61 au 1er janvier 1900, ne sont plus que 59 aujourd'hui. Les demandes d'honorariat, les démissions, la mort surtout, ont créé les vides, et vous voyez qu'ils ne sont pas comblés. Le remède, vous le connaissez : il dépend du zèle que chacun de nous mettra à amener ici les jeunes talents.

Je ne me demanderai pas si nous avons autant travaillé que l'année précédente : il est certain que non. Mais nous avons une excuse : l'Exposition universelle et la concurrence terrible des congrès dont elle fut l'occasion. J'espère toutefois que nous allons entrer dans une ère d'activité nouvelle : j'ai de fort belles promesses concernant l'ordre du jour, et ce n'est pas tant pis, car je dois vous déclarer que je n'ai pas la moindre communication à inscrire pour la prochaine séance. Je m'en suis aisément consolé pour notre assemblée solennelle d'aujourd'hui consacrée aux discours et à l'installation du bureau, mais je vous avoue que je serais très déconfit si vous me manquiez de parole, ce que vous ne voudriez pas faire pour tout au monde. En foi de quoi, je vous souhaite un bon siècle et vous rappelle que samedi prochain, 19 janvier, notre fête de famille annuelle doit nous réunir le plus nombreux possible autour de la table confraternelle.

M. LE TRÉSORIER donne l'exposé de la situation financière.

Dépouillement du scrutin. — M. BOULOUMIÉ est nommé, à l'unanimité, membre honoraire.

M. GUGLIELMINETTI (de Monte-Carlo) est nommé, à l'unanimité, membre correspondant étranger.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire général,
F. BURET.

THÉRAPEUTIQUE

L'hélénine et ses applications thérapeutiques

L'hélénine, corps solide cristallisé en prismes quadrangulaires incolores, insoluble dans l'alcool chaud, l'éther, les essences, le kérosolène, donne des résultats thérapeutiques remarquables bien mis en lumière par le Dr de Korab dans diverses communications, notamment à la Société de Biologie et à l'Académie des Sciences. Elle calme la toux, tarit l'expectoration, facilite la respiration, est douée d'un véritable pouvoir bactéricide. Elle a, en outre, une action préventive et curative sur l'hémoptysie, excite l'appétit, facilite la digestion. C'est, en somme, le médicament de choix des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire. On la prescrit sous la forme de *globules d'hélénine du Dr de Korab*, à la dose de 3 à 6 par jour.

BIBLIOGRAPHIE

Le Guide médical et pharmaceutique de Paris : Administration : 11, rue de Rocroy.

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs la récente création du *Guide médical et pharmaceutique de Paris*.

Cet Annuaire, qui paraîtra le 1er février prochain, répond à un besoin qui a été souvent exprimé, ici même, par un grand nombre de Médecins et Pharmaciens. Adressons donc nos plus vives félicitations à ses innovateurs.

Une visite que nous avons faite à l'Administration, 11, rue de Rocroy, nous permet d'assurer que cet ouvrage sera le plus complet et le mieux informé du genre.

Son prix, relativement modeste (3 francs), le met à la portée de tous ceux qu'il peut intéresser.

Souhaitons à ce nouvel ouvrage le succès qu'il mérite.

Eléments de Physiologie ; par LAULANIÉ, directeur et professeur de physiologie à l'École vétérinaire de Toulouse, (Asselin et Houzeau, éditeurs).

Nous avons déjà analysé, dans ce même journal, le premier fascicule de l'excellente physiologie du professeur Laulanié de Toulouse ; le deuxième fascicule, qui vient de paraître, est fait avec la même conscience et la même compétence ; son éloge n'est donc plus à faire ; il est consacré à l'étude des sécrétions et une partie de l'ouvrage contient une analyse approfondie de la physiologie de l'appareil urinaire.

Puis vient l'étude si intéressante du métabolisme et enfin un exposé clair, précis et scientifique de la question encore si complexe de la chaleur animale, au sujet de laquelle l'auteur nous donne ses recherches et ses expériences personnelles, fort nombreuses, faites à l'aide d'appareils également personnels, tel le calorimètre anémothermique.

Etiologie de la coqueluche ; par LUZZATO. (*Centralb. f Bakt.* 1900.)

Les recherches concernant la nature du parasite de la coqueluche sont innombrables. Cependant, dans ces dernières années, deux microbes ont joui d'une certaine faveur, et sont même encore considérés, par certains auteurs, comme parasites probables de la coqueluche. Il s'agit du cocco-bacille de Czaplewski, et du bacille de Koplik. On en trouvera l'étude complète dans la thèse de Cavasse (1899), qui d'ailleurs ne les considère pas comme les agents spécifiques de la coqueluche. Telle est aussi la conclusion à laquelle arrive Luzzato. De l'étude de nombreux cas de coqueluche, dans lesquels il put isoler des bactéries semblables à celles de Koplik et de Czaplewski, Luzzato croit qu'il s'agit là d'un parasitisme banal. La bactérie polaire de Czaplewski présentait, en effet, tous les caractères du pneumocoque, celle de Koplik rappellerait le pseudo-bacille de la grippe par bien des propriétés.

Recherches expérimentales sur la Rage ; par SALOMON, (*Cent f. Bakt.*, 1900.)

Dans un article des plus documentés, l'auteur passe en revue les divers modes de transmission de la rage, et il insiste spécialement sur ceux que l'on peut employer expérimentalement pour le diagnostic de cette maladie. Mais la partie la plus intéressante de son travail a trait à l'étude du pouvoir neutralisant de la bile vis-à-vis du virus rabique, phénomène déjà connu, mais que l'auteur a vérifié au cours de nombreuses expériences.

Diphtérie de l'estomac ; par SCHODEL (*Münich. med. Wochensch* 1900.)

Chez un enfant mort du croup, Schœdel observa que les muqueuses gastrique et duodénale étaient recouvertes de fausses membranes grisâtres, ayant tous les caractères histologiques de la fausse membrane diphtérique, et renfermant en abondance des bacilles de Lœffler très virulents.

Bactériologie de la dysenterie chronique ; par FLEXNER. (*Lancet*, 1900.)

La dysenterie chronique différerait de la dysenterie aiguë par son parasitisme ; elle serait produite, en effet, non plus par une amibe, mais bien par un bacille coliforme, différent cependant du bacterium coli par sa mobilité et quelques caractères de culture, et subissant l'agglutination par le sérum d'individus atteints de dysenterie chronique. A. R.

VARIA

Ecole de psychologie

(49, rue Saint-André-des-Arts, au siège de *l'Institut psycho-physique.*)

Cours de 1901.

Hypnotisme thérapeutique. — M. le Dr BÉRILLON, professeur. — Objet du cours : Analyse élémentaire des phénomènes de l'hypnotisme. Les principes de la psychothérapie. Les lundis et jeudis à 5 heures, à partir du lundi 21 janvier.

Hypnotisme expérimental. — M. le Dr Paul MAGNIN, professeur. — Objet du cours : L'hypnotisme chez les hystériques. — Le grand hypnotisme. Les lundis à cinq heures et demie, à partir du lundi 21 janvier.

Hypnotisme sociologique. — M. le Dr Félix REGNAULT, professeur. — Objet du cours : La vie de Jésus devant l'hypnotisme. Les mardis et vendredis à 5 heures, à partir du mardi 22 janvier.

Psychologie normale et pathologique. — M. le Dr Paul FAREZ, professeur. — Objet du cours : L'œuvre de Durand de Gros et l'évolution psychologique de l'hypnotisme au XIXe siècle. Les mercredis et samedis à 5 heures, à partir du mercredi 23 janvier.

Psychologie de l'enfant. — M. le Dr BELLEMANIÈRE, professeur. — Objet du cours : Du rôle de la suggestion dans l'éducation. Les jeudis à 5 heures et demie, à partir du jeudi 24 janvier.

Psychologie du criminel. — M. le Dr WATEAU, professeur. — Objet du cours : De la responsabilité dans les états hypnotiques. Les mardis et vendredis à 5 heures et demie, à partir du mercredi 22 janvier.

Psychologie des foules et Folklore.—M. le Dr Henry LEMESLE, professeur. — Objet du cours : De la suggestion dans les superstitions populaires. Les mercredis à 5 heures et demie, à partir du mercredi 23 janvier.

Psychologie comparée. — M. E. CAUSTIER, professeur agrégé de l'Université. — Objet du cours : Les fonctions psychiques dans la série animale. Les samedis à 5 heures et demie, à partir du 26 janvier.

L'inauguration des cours aura lieu le lundi 21 janvier, à cinq heures, à l'Institut psycho-physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Cours et conférences de 1901.

Vendredi 18 janvier, à 8 heures et demie, M. le Dr Bérillon : *L'hypnotisme, l'hystérie et les démoniaques dans l'art.* (Cette conférence sera accompagnée de projections à la lumière oxydrique.) — Vendredi 25 janvier, à huit heures et demie, M. le Dr Paul Farez : *Les fondements psychologiques de l'hypnotisme.*

Vendredi 1er février, à 8 heures et demie, M. le Dr Jules Voisin : *La psychologie de l'enfant arriéré. (Les idiots, les imbéciles et les épileptiques.)* — Vendredi 8 février, à huit heures et demie, M. le Dr Bérillon : *L'hypnotisme et l'éducation de la volonté.* (Cette conférence sera accompagnée de projections à la lumière oxydrique.) — Vendredi 15 février, à huit heures et demie, M. Laisant : *Psychologie des sciences : L'initiative à l'étude des sciences physiques.* — Vendredi 22 février, à huit heures et demie, M. Bénito Sylvain : *Psychologie comparée : La psychologie de la femme abyssine.* (Cette conférence sera accompagnée de projections à la lumière oxydrique.)

Vendredi 1er mars, à 8 heures et demie, M. Eugène Caustier : *Psychologie comparée : La morale des bêtes.* — Vendredi 8 mars, à huit heures et demie, M. Lionel Dauriac : *Psychologie musicale : L'éducation musicale.* — Vendredi 15 mars, à huit heures et demie, M. le Dr Henry Lemesle : *La suggestion dans les fêtes populaires du moyen âge. (Fête des fous, fête de l'âne, etc.)* — Vendredi 22 mars, à huit heures et demie, M. le Dr Bérillon : *Psychologie comparée : Les animaux savants et l'art du dressage.* (Cette conférence sera accompagnée de projections à la lumière oxydrique.)

La plupart des Conférences seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations cliniques de psychothérapie, de démonstrations expérimentales et de présentations d'appareils.

Médaille en l'honneur de M. le Pr R. Blanchard.

Après avoir occupé pendant vingt-trois années le poste de Secrétaire général de la Société zoologique de France, et avoir puissamment contribué au développement de cette Société, M. le Pr R. Blanchard résigne volontiers ses fonctions. La Société zoologique a voulu lui témoigner sa reconnaissance pour les grands services qu'il lui a rendus et a décidé qu'une médaille commémorative lui serait offerte à l'occasion de sa retraite, qui coïncide avec le vingt-cinquième anniversaire de la fondation de la Société,

Dans ce but une souscription est ouverte, en laissant toute latitude aux personnes qui voudront bien y prendre part. La plus petite offrande sera accueillie et il en sera accusé réception. Toutefois, un exemplaire en bronze de la médaille ne pourra être remis qu'à toute personne ayant souscrit pour une somme d'au moins 15 francs. Les souscriptions devront être adressées à *M. Schlumberger, Trésorier de la Société,* 16, *rue Christophe-Colomb, à Paris.*

La médaille aura la forme d'une plaquette. M. le *Dr Paul Richer,* membre de l'Académie de Médecine, a bien voulu se charger de l'exécution. Sa grande et légitime réputation de sculpteur est un sûr garant de la haute valeur de cette œuvre d'art.

Les névralgies et les rayons X.

Statuant sur une demande en dommages-intérêts intentée par Mme Deverey contre un spécialiste à propos de l'application des rayons X par un suppléant du docteur, la quatrième chambre du tribunal de la Seine, présidée par M. Richard, vient de rendre un très intéressant jugement d'où nous extrayons les passages suivants :

« ... Attendu qu'il n'appartient pas au tribunal de rechercher si la radiographie peut être employée dans le traitement des névralgies faciales, qu'il ne peut être juge de l'opportunité ni de l'efficacité des traitements médicaux appliqués aux malades et qu'il ne peut s'immiscer dans des questions scientifiques dont l'examen et la solution sont laissés à la conscience et à la capacité des médecins traitants ;

« Mais attendu qu'il en est autrement si une faute lourde témoignant d'une négligence, d'une maladresse et d'une inexpérience manifeste, est alléguée contre le médecin ou son préposé dont il est civilement responsable. »

En conséquence, le tribunal « d'office » commet M. Ogier, docteur ès-sciences, qui, connaissance prise des pièces et documents de la cause, formulera son avis sur les questions suivantes :

« 1° Y a-t-il une relation possible de cause à effet entre l'application de la radiographie et les accidents constatés dans le certificat médical délivré à la dame Deverey, le lendemain ou le surlendemain de la dixième séance à l'institut radiographique du Dr X...

« 2° L'alopécie et la conjonctivite constatées doivent-elles être considérées comme ayant été déterminées par une application défectueuse, maladroite ou imprudente des rayons X ou attribuées à une autre cause ? » (*Le Matin* du 5 janv. 1901.)

Fermeture de l'Institut de Milan.

Milan 15 janvier.— Le conseil provincial d'hygiène de Milan et le conseil supérieur d'hygiène de Rome ont été convoqués d'urgence pour prendre des mesures énergiques à la suite des graves accidents qui viennent de se produire en Lombardie par l'emploi d'un sérum antidiphtérique contaminé. L'Institut sérothérapique de Milan est à peu près le seul existant en Italie, ou plutôt il éclipse tous les autres, qui, réunis, ne fournissent pas la dixième partie des sérums nécessaires à la consommation.

L'importance de cet établissement, d'où sortait le sérum homicide, explique donc l'immense émotion qui s'est emparée de tout le monde médical en Italie et de la population ellemême. Le préfet a ordonné la fermeture provisoire de l'Institut et la vente du sérum a été interdite, jusqu'à nouvel ordre,

sur toute l'étendue du territoire. La direction de l'Institut elle-même a pris des mesures de précautions rigoureuses : toutes les fioles vendues provenant de la série contaminée sont ou seront retirées de la circulation (il en est déjà rentré 230 sur 305 fournies), et tous les sérums déjà fabriqués seront détruits ; on emploiera pour les produits futurs des fioles d'un autre modèle, bouchées à l'émeri, afin d'éviter tout nouvel accident et toute légitime suspicion de la part du public. La contamination a dû, explique-t-on, se produire par l'intrusion des bacilles du tétanos (le vaccin contre le tétanos est préparé dans un laboratoire sis dans le même établissement).

Huit décès ont été constatés jusqu'à présent : deux à Chindono, près de Bergame; trois à Valdobiadene, et trois à Prato-Sesia-sur-Novare. Mais, comme les effets de l'empoisonnement ne se font sentir que neuf jours après les inoculations, il est à craindre que de nouveaux cas de tétanos ne soient encore à enregistrer. La fabrication de la partie de sérum contaminé remonte au 24 novembre dernier, et la distribution au 29 du même mois. (*Le Journal.*)

Les épidémies.

La Peste.

Les grands journaux quotidiens ont reçu les nouvelles suivantes :

Il y aurait 84 cas de peste à Constantinople ; le vapeur *Highlands-Prince* », arrivé hier à Shields, est contaminé. Le capitaine, le premier maître, le cuisinier, un voyageur et un enfant de sept ans sont morts de la peste bubonique. Plusieurs hommes de l'équipage et une dame atteints seraient guéris. Cette nouvelle, primitivement donnée par le *Daily-Mail*, est confirmée par le *Times*.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 21. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. (Ch.), Richet, Launois, André. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Segond, Broca (Aug.), Lepage.— 3e *de Doctorat* (2e *partie*). A.R. : MM. Fournier, Gilles de la Tourette, Teissier. — 5e *de Doctorat* (1re *série*) (1re *partie*) Chirurgie : MM. Tillaux, Poirier, Sebileau.— 5e *de Doctorat* (2e *série*) (1re *partie*). Chirurgie : MM. Terrier, Reynier, Legueu. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Brissaud, Gaucher, Méry.

MARDI 22. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. : MM. Chauffard, Hanriot, Ménétrier. — 2e *de Doctorat* N.R. : MM. Rémy, Gley, Desgrez. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Schwartz, Albarran.— 5e *de Doctorat* (1re *série*) (2e *partie*) : MM.Raymond, Achard, Dupré. — 5e *de Doctorat* (2e *série*) (2e *partie*) : MM. Troisier, Marfan, Thiroloix. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique. : MM. Budin, Maygrier, Wallich.

MERCREDI 23. — *Médecine opératoire* A.R. : MM. Poirier, Broca (Aug), Walther. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Ch. Richet, Retterer, Desgrez. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Landouzy, Hanriot, Wurtz. — 5e *de Doctorat* (1re *série*) (1re *partie*). Chirurgie : MM. Reclus, Reynier, Lejars.— 5e *de Doctorat* (2e *série*) (1re *partie*). Chirurgie : MM. Delens, Segond, Mauclaire. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fournier, Widal, Méry.

JEUDI 24. — *Médecine opératoire* N. R. : MM. Richelot, Campenon, Thiéry. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. : MM. Blanchard, Letulle, Wurtz. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Rémy, Gley, Chassevant. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. : MM. Guyon, Poirier, Wallich. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Pouchet, Gilbert, Teissier.

VENDREDI 25. — 2e *de Doctorat*. N. R. : MM. Rémy, Gley, André.— 4e *de Doctorat* N. R. : MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz. — 5e *de Doctorat*. (1re *partie*) Chirurgie : MM. Delens, Reclus, Mauclaire. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Hayem, Netter, Méry. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 26. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*). A. R. : MM. Blanchard, Hanriot, Retterer. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). A R. : MM. Richelot, Bar, Faure. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). A. R. MM. Raymond, Letulle, Achard. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Schwartz, Quenu, Hartmann. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Debove, Hallopeau, Dupré. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 23. — M. Tentchoff. Absence congénitale du grand et du petit pectoral. — M. Lefillâtre. Etude sur l'allaitement artificiel dans la classe pauvre. « La Goutte de lait du Havre ». — M. Jonessof. A propos de l'avortement dit suro-utérin. — M. Bergensein. Etude d'un rumex ferrugineux indigène (de la Médication martiale). — M. Desandre. La varicelle suppurée et les suppurations secondaires au cours de la varicelle. — M. Demeurisse. Contagion des otites moyennes aiguës. — M. Mulle. Accidents méningitiques au cours des infections intestinales des enfants.

JEUDI 24. — M. Mannoni. Contribution à l'étude de la prophylaxie du charbon. — M. Boelle. La fondation des cliniques chirurgicales en France. — M. Froment. Considération sur le traitement chirurgical de l'ascite cirrhotique par suture de l'épiploon à la paroi abdominale antérieure. — M. Duvernoy. De la rhinosplatie partielle. — M. Crotet. Contribution à l'étude des déchirures du rein. — M. Guyesse. La capsule surrénale du cobaye. — Histologie et fonctionnement. — M. Dubiège. Essai d'étude clinique de l'autotyphisation par le surmenage physique dans la seconde enfance. — M. Roquetanière. Pronostic et traitement de la vomique dans les pleurésies purulentes à pneumocoques. — M. Guillaume. De l'influence des courants de haute fréquence sur l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine. — Mlle Koyner. De l'hérédodystrophie par la tuberculose.

NÉCROLOGIE

M. le Dr CHATIN
membre de l'Institut, doyen de l'Académie de Médecine.

M. Gaspard-Adolphe CHATIN, membre de l'Académie des sciences pour la section de botanique, ancien président de cette compagnie et membre de l'Académie de Médecine de Paris, dont il était le doyen et par l'âge et par la date d'élection, vient de mourir dans sa propriété des Essarts-le-Roi, aux environs de Rambouillet, après une longue maladie.

Né à Dullins, dans le Dauphiné, en 1813, il avait fait ses études médicales à Paris et avait été reçu docteur en 1844. Pharmacien à l'hôpital Beaujon et à l'Hôtel-Dieu, il avait été chargé de professer la botanique à l'Ecole de pharmacie de Paris, dont il devint le directeur en 1874, fut admis à la retraite et nommé professeur honoraire en 1886. Membre de l'Académie de médecine depuis 1853, il avait été élu membre de l'Académie des sciences en 1874, en remplacement de Claude Gay et avait présidé cette compagnie en 1896.

M. Chatin laisse de nombreux travaux, dont plusieurs ont marqué de véritables et réelles étapes dans la science, et parmi lesquels il convient de citer : *Etude sur la physiologie végétale*, faite au moyen de l'acide arsénieux; la *Symétrie générale des organes des végétaux* ; l'*Existence de l'iode dans les plantes d'eau douce, dans l'eau, dans l'air* ; l'*Anatomie comparée des végétaux*, ouvrage considérable pour son temps. Il était l'auteur aussi d'innombrables notices disséminées dans tous les recueils scientifiques ou les comptes rendus des sociétés savantes, ayant trait la plupart aux problèmes botaniques les plus ardus, et aussi tout particulièrement au mode de fécondation et de reproduction de la truffe et du terfaz, sorte de congénère du précieux tubercule. M. Chatin se trouvait le doyen des journalistes scientifiques par la collaboration active qu'il donna à l'*Opinion*.

C'est en cette qualité qu'il avait été nommé président d'honneur de l'Association de la presse de l'Institut et des sociétés savantes. C.-T. (*Le Temps* du 15 janvier 1901.)

M. le Dr DEPASSE.

M. le Dr DEPASSE, médecin de la marine, fondateur et directeur de l'Ecole de médecine de Tien-Tsin, vient de mourir victime des privations et des fatigues subies durant le siège que les Européens ont dû soutenir dans cette ville. Nous extrayons d'une correspondance des *Débats* de très intéressants renseignements qui mettent bien en vue les mérites de notre regretté et distingué confrère :

« Le Dr Depasse se trouvait dans le nord de la Chine en 1894, au début de la guerre sino-japonaise ; il fut autorisé à entrer au service du vice-roi du Tchi-Li, Li-Hong-

Tchang, qui installait à Tien-Tsin un hôpital pour ses blessés ; à l'hôpital étaient annexés des cours de médecine à l'usage d'étudiants chinois. Le Dr Depasse prit à cœur cette mission. Sans intrigues, par l'aménité de ses manières, par son tact, par l'autorité de sa science, il s'imposa d'abord à ses collègues et aux étudiants, et après quelques années, ses collègues s'étant effacés, il fut seul à diriger l'hôpital et l'Ecole de Médecine. Son activité s'étendit aussi sur l'hôpital français, où il rencontra quelques oppositions inexplicables. La clientèle des Chinois lui arriva tout naturellement ; il soigna le vice-roi Li et l'accompagna à Smonoséki en 1895 ; il acquit la confiance de plusieurs mandarins et de plusieurs familles riches de la ville. Tous ses efforts étaient consacrés à étendre l'influence française. En 1895, il avait conçu le projet d'agrandir l'hôpital du vice-roi, d'y joindre une Ecole de Médecine complète. Malgré l'appui du consul général de France, qui ne lui fut pas ménagé, le projet ne fut pas accepté par le vice-roi Ouang-Oen-Chao, qui venait d'arriver. Mais la partie n'était pas abandonnée et, par son ascendant personnel, le Dr Depasse gardait les positions acquises et affermissait son action. »

Enseignement médical libre.

Clinique ophtalmologique, 5, rue du Cherche-Midi (Carrefour de la Croix-Rouge). — Examen des malades et des démonstrations pratiques tous les jours de 1 heure à 3 heures. Dr E. Koenig.

FORMULES

VIII. — Contre l'anorexie.

Quassine cristallisée	0 gr. 002 milligr.
Poudre de noix vomique	0 gr. 02 centigr.
Poudre de rhubarbe	0 gr. 15 —

pour un cachet. — Un cachet avant les repas. (Kalb)

IX. — Potion stimulante contre la grippe.

Liqueur d'Hoffmann	3 grammes.
Acétate d'ammoniaque	3 —
Sirop d'éther	20 —
Eau chloroformée	25 —
Eau distillée de tilleul	75 —

par cuillerées à soupe toutes les deux heures. J. N.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 6 janv. au samedi 12 janv. 1901, les naissances ont été au nombre de 1182 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 434, illégitimes, 176 Total, 605 — *Sexe féminin* : légitimes, 420, illégitimes, 157. Total, 577.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511 629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 6 janvier au samedi 12 janvier 1901, les décès ont été au nombre de 1,035, savoir : 574 hommes et 461 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 4, F. 4, T. 8. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0.— Variole : M. 5, F. 6. T. 11— Rougeole : M. 1, F. 3, T. 4. — Scarlatine : M. 0, F. 1. T. 1. — Coqueluche : M. 4, F. 3, T. 7. — Diphtérie et Croup : M. 5, F. 3, T. 8. — Grippe : M. 2, F. 2, T. 4. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 2, F. 1, T. 3. — Tuberculose des poumons : M. 151, F. 72, T. 223. — Tuberculose des méninges : M. 4, F. 3, T. 7. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 3 T. 12. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 37, F. 29, T. 66. — Méningite simple : M. 9, F. 7, T. 16 — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 33, F. 20, T. 53. — Maladie organique du cœur : M. 32, F, 45, T. 77. — Bronchite aiguë : M. 16, F. 8, T. 24.

Bronchite chronique : M. 22, F. 16, T. 38. — Pneumonie : M. 19, F. 25, T. 44. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 51. F. 54, T. 205. — Affection de l'estomac (cancer exc) : M. 4, F. 2, T. 6. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 4, F. 4, T. 8; autre alimentation, M. 8, F. 13, T. 21. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Hernies, obstruction intestinale : M. 3, F. 7. T. 10. — Cirrhose du foie : M. 8, F. 5, T. 13. — Néphrite et mal de Bright : M. 9, F. 8, T. 17. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 1, F. 4, T. 5. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 22, F. 22, T. 44. — Débilité sénile : M. 8, F. 27, T. 35. — Morts violentes : M. 23, F. 9, T. 32. — Suicides : M. 13, F. 5, T. 18. — Autres maladies : M. 77, F. 53, T. 130. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 9, F. 4, T. 13.

Faculté de Médecine de Paris. — *Exercices pratiques de diagnostic bactériologique*, sous la direction de M. le Dr Fernand Bezançon, chef du Laboratoire de bactériologie, et de M. le Dr Griffon, préparateur. Une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le mardi 22 janvier 1901. Des conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu de 2 à 5 heures, les mardis, jeudis et samedis. — *Programme du cours* : 1re Leçon : Technique de la coloration des microbes; méthode de Gram. 2e Leçon : Analyse bactériologique du pus : examen, culture, inoculation. 3e Leçon : Diagnostic des microbes pyogènes (aérobies). 4e Leçon : Analyse bactériologique des crachats (non tuberculeux). 5e Leçon : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. Tuberculose et pseudo-tuberculose. 6e Leçon : Analyse bactériologique des sérosités pathologiques (pleurales, articulaires, cérébrospinales, etc.). Cytodiagnostic 7e Leçon : Analyse bactériologique des angines non diphtériques. 8e Leçon : Diagnostic de la diphtérie. 9e Leçon : Analyse bactériologique de l'eau. 10e Leçon : Analyse microscopique du sang (bactériologie et histologie). Diagnostic bactériologique de la peste. 11e Leçon : Sérodiagnostic. 12e Leçon : Analyse bactériologique des matières fécales. 13e Leçon : Diagnostic des microbes anaérobies. 14e Leçon : Diagnostic bactériologique des affections de l'appareil génito-urinaire. 15e Leçon : Diagnostic bactériologique des affections microbiennes et parasites de la peau.

Maison de Nanterre. — *Concours pour l'admission à un emploi d'interne titulaire et de trois emplois d'interne provisoire en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre.* Durée des fonctions : Du 1er mars 1901 au 28 février 1902. — Ce concours sera ouvert le 13 février 1901, à la Maison départementale de Nanterre. Les candidats qui désireront prendre part au concours devront se faire inscrire à la Préfecture de Police. (Service du personnel, caserne de la Cité.) Le registre d'inscription, ouvert depuis le 10 janvier 1901, à 10 heures du matin, sera clos définitivement le 24 du même mois, à 4 heures. Les candidats devront remplir les conditions suivantes : 1° Etre Français; 2° être âgés de moins de 28 ans; 3° être pourvus d'au moins douze inscriptions en médecine justifiées par un certificat de scolarité de date récente; 4° n'être pas reçus docteurs en médecine.

Distinctions honorifiques. — Sont promus ou nommés dans l'Ordre national de la Légion d'honneur, pour services rendus lors de l'épidémie de fièvre jaune au Sénégal : Au grade de *commandeur*, M. Kermogant, inspecteur général du service de santé des colonies; au grade d'*officier*, M. Tournié, commissaire des services administratifs au Sénégal; au grade de *chevalier*, MM. les Drs Roques, Mille, Audibert, Roche, Carpot, de Labretoigne du Mazel, directeur des affaires indigènes au Sénégal; Paris-Leclerc, substitut du procureur général de Saint-Louis; Martot, chef du service des postes et télégraphes au Sénégal; Jalabert, aumônier de l'hôpital militaire de Saint-Louis; Mme Bouveret, en religion sœur Germaine, supérieure générale des Sœurs hospitalières de Saint-Joseph de Cluny à Saint-Louis; MM. Masson, chef de service du l'exploitation du chemin de fer de Dakar à Saint-Louis; Séné, directeur de la Santé de Paulliac. La *Médaille militaire* est, au même titre, conférée à MM. Morel, infirmier major de 2e classe des colonies au Sénégal; Solle, infirmier major de 2e classe des colonies au Sénégal; Jacquest, infirmier chef de 2e classe des colonies.

Concours de l'Internat. — *Questions posées* (28 décembre 1900). Nerf crural. — Signes et diagnostic des hématuries rénales.

Jury de concours pour des emplois de professeur dans les écoles de médecine navale. — Ce jury sera composée de la façon suivante : 1° Pour la chaire d'anatomie à Brest (15 janvier), MM. l'inspecteur général du service de santé, président; Fontan, médecin en chef, membre; Cogniard, médecin principal, membre. — 2° Pour la chaire de chirurgie militaire et navale à Toulon (15 janvier). MM. l'inspecteur général au service de santé, président ; Fontan, médecin en chef, membre; Fontorbe, médecin en chef, membre. — 3° Pour la chaire de bactériologie à Toulon (21 janvier). MM. l'inspecteur général du service de santé, président ; Fontan, médecin en chef, membre ; Le Dantec, médecin

principal, membre. — Les noms des officiers du corps de santé, désireux de prendre part à ces concours, devront être télégraphiés au Ministère *cinq jours* avant la date d'ouverture de chaque épreuve.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie vacantes au 1er juillet 1901 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* — Le lundi 18 mars 1901, à 10 heures du matin, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie qui seront vacantes dans les hôpitaux et hospices au 1er juillet 1901. Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le vendredi 1er février jusqu'au jeudi 28 du même mois inclusivement.

NÉCROLOGIE. — On nous annonce la mort du peintre MOREAU DE TOURS, né en 1848, à Ivry, fils du célèbre médecin aliéniste.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Dr Jules VOISIN a commencé le jeudi 10 janvier 1901, à 10 h. du matin, une série de conférences sur les maladies mentales et nerveuses, dans son service à la Salpêtrière. Il les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — M. le Pr JOFFROY a recommencé le cours de clinique des maladies mentales le lundi 14 janvier, à 2 heures et demie, à l'amphithéatre de l'asile Clinique (Sainte-Anne), et les continuera les vendredis et les lundis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE. — M, WIDAL, agrégé, a commencé ses conférences le samedi 12 janvier 1901, à 5 heures (petit amphithéâtre de la Faculté) et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

HÔTEL-DIEU. — M. le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Leçons de clinique chirurgicale, le jeudi à 10 heures. Opérations avant la leçon. — Opérations abdominales le mardi. Visite dans les salles, le mercredi, salle Saint-Cosme (hernies), et le samedi, salle Sainte-Marthe (femmes). Massage, par le Dr DAGRON, le mardi et le vendredi.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. HALLOPEAU : samedi à 10 heures du matin, salle Bazin, conférences cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques.

COURS COMPLET DE GYNÉCOLOGIE. — M. S. POZZI, chirurgien en chef de l'hôpital Broca : *Conférences de gynécologie clinique*, le vendredi à 10 heures, à l'hôpital Broca (annexe Pascal), 111, rue Broca. Un cours de *Gynécologie pratique* est fait les lundis et mercredis, à 10 heures. Ce cours sera complet en 20 leçons. Démonstrations d'*Histologie* sur les pièces du service, le samedi, à 10 heures, par le chef du laboratoire de service.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc.) — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

DOR (L.). — La fatigue oculaire et le surmenage visuel. Volume in-8 carré cartonné de 54 pages. — Prix . . . . 1 fr. 50

DUPONT (A.). — Tableaux synoptiques de bactériologie médicale. In-8 carré cartonné de 80 pages. — Prix. . . . 0 fr. 50

EMOND (Em.). — Le Mont-Dore et ses eaux minérales (étude médicale). 4e édit. Volume in-18 de 253 pages. — Prix. 3 fr. 50

FRENKEL (H.). — Maladies de l'estomac. Volume in-16 cartonné de 560 pages, avec 25 figures. — Prix . . . 7 fr. 50

GAUTIER (M.) et RENAULT (F.). — Formation des spécialités pharmaceutiques. In-18 cartonné de 372 pages. — Prix. . 3 fr.

GUIMBAIL (H.). — La thérapeutique par les agents physiques. (Hydrothérapie. — Electrothérapie. — Thermothérapie. — Frigothérapie. — Kinésithérapie. — Climatothérapie. — Thalassothérapie, etc.). Volume in-8 de VI-568 pages.

LEFERT (P.). — Aide-mémoire de gynécologie. Volume in-18 cartonné de 276 pages. — Prix. . . . . 3 fr.

TRAITÉ DE MÉDECINE ET DE THÉRAPEUTIQUE, publié sous la direction de MM. BROUARDEL (P.) et GILBERT (A.). — Tome VII : Maladies du nez, du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons, par MM. Cartaz, Castex, Barbier, H. Barth, P. Claisse, Mosny, L. Landouzy, H. Triboulet, Grancher, Balzer, Méry et Le Noir. Vol. in-8 de 931 pages, avec 44 fig. — Prix. . 12 fr.

TRIBOULET (H.) et DOYON (A.). — Le rhumatisme articulaire aigu. Volume in-8 carré cartonné de 96 pages, avec 4 figures. — Prix. . . . . 1 fr. 50

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

POUCHET (G.). — Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale. 2e série : HYPNONIQUES (sulfonal, trional, hydrate d'amylène. Paraldéhyde, uréthane) MODIFICATEURS INTELLECTUELS (Alcool, opium, chanvre indien). In-8 de 888 pages, avec 56 figures.

WICKHAM (H.). — Bandage anglais. Histoire et descriptions. In-8 de 101 pages, avec 11 figures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 4. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 26 JANVIER 1901

Le Progrès Médical

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Le Mal des Altitudes :

Le mal de montagne comparé au mal de ballon — observations faites pendant treize jours au sommet du Mont-Blanc,

Par le Dr **E. GUGLIELMINETTI** (de Monte-Carlo).

I.

Pendant des siècles, la légende entoura les cimes élevées des hautes montagnes d'un rempart plus inaccessible encore que leurs glaciers. Elle en fit la demeure des esprits, anges ou démons, gnomes ou génies. Il fallut toute l'énergie d'un de Saussure pour aller à l'encontre de ces croyances établies dans les masses, toute sa foi sientifique pour aller dérober leurs secrets aux cimes vierges en bravant des préjugés si profondément enracinés. Puis la foule des touristes, en quête de spectacles nouveaux, marcha sur la trace des savants. Alors la locomotion étant trop lente, trop pénible pour satisfaire aux exigences de la vie moderne, des chemins de fer furent construits, qui transportèrent ces foules pressées.

Aujourd'hui les ingénieurs rêvent la conquête des cimes les plus élevées ; ils posent des rails sur les plus hautes montagnes, mais ce n'est pas tout.

L'homme veut plus encore. Il possède les monts, il convoite le ciel. Déjà les ballons libres sillonnent l'espace. Demain le problème de la navigation aérienne enfin résolu, grâce aux tentatives hardies des comte de la Vaulx, des Santos Dumont, des Zeppelin, des Balsan, Louis Godard, Spelterini, A. Berson, va révolutionner les lois économiques et nous ouvrir des horizons nouveaux.

Il appartient à la médecine de suivre le mouvement, de seconder les travaux de ces courageux pionniers en étudiant les effets de la raréfaction d'air sur l'organisme humain. On a beaucoup parlé du mal de montagne — il y a aussi un mal de ballon et, les quelques observations faites pendant une période de treize jours que j'ai passé au sommet du Mont-Blanc, offrent une grande analogie avec les constatations que font les aéronautes dans leurs courses d'altitude.

On est en train de construire, en Suisse, mon pays d'origine, un chemin de fer sur la cime de la Jungfrau. La possibilité de la construction et de l'exploitation d'une voie ferrée, à cette hauteur, donna lieu à des discussions nombreuses. Un problème, indispensable à résoudre, se posait. Peut-on transporter un homme, en



(Phot. de M. [illegible])

Fig. [illegible] — Chamonix et le Mont-Blanc.

une heure de temps, d'une altitude de 1.000 mètres, station d'Interlaken, à une altitude de 4.000 mètres, station de la Jungfrau, sans danger pour sa vie ou sa santé ?

Notre conseil fédéral, inquiet pour la sécurité des voyageurs aussi bien que pour celle des ouvriers, s'adressa, à l'insu l'un de l'autre, à deux experts : l'un français, M. le Dr Paul Regnard, professeur de physiologie générale à l'Institut national Agronomique. L'autre,

allemand, M. Kronecker, mon professeur de physiologie à Berne.

Paul Regnard a fait à la Sorbonne, des expériences très intéressantes sous les cloches pneumatiques. Vous vous souvenez sans doute, chers confrères, de ses remarquables expériences sur deux cobayes enfermés sous une même cloche; l'un reste tranquille, l'autre est astreint à une grande fatigue : ce dernier tombe malade à 4.600 mètres environ, pendant que le second ne manifeste franchement le mal de montagne que vers 8.000 mètres.

Kronecker a répété quelques expériences de Paul Bert sous une cloche pneumatique à Schoeneck près de Lucerne. Il faisait en même temps transporter des caravanes de voyageurs en chemin de fer, au sommet du Pilate à 2.200 mètres et en chaises à porteurs, au Breithorn à 3.000 mètres près Zermatt. Les rapports des deux savants aboutissent à des constatations identiques, et voici en quelques mots leurs conclusions :

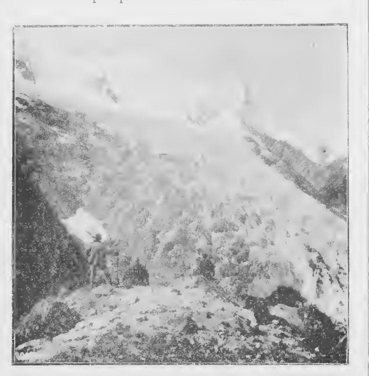


Fig. 2.

Le mal de montagne se manifeste à des altitudes au delà de 3.500 mètres, chez presque tous les hommes dès qu'ils se livrent à des mouvements exigeant effort. Des personnes en bonne santé peuvent supporter sans danger et sans inconvénient le transport *passif* jusqu'à 4.000 mètres: mais, si elles se livrent à un exercice quelconque des symptomes désagréables, meme inquiétants peuvent se manifester.

Les travailleurs et les employés ne doivent être engagés qu'après avoir été mis à l'épreuve, quant à leur résistance à l'egard du mal de montagne et, au besoin, après acclimatation.

Mais à côté de cela, il nous importait beaucoup de savoir comment un séjour de quelques semaines serait supporté sur les hauteurs: car il ne s'agissait pas seulement des excursionnistes à transporter au sommet de la Jungfrau, mais surtout des ouvriers chargés de la construction du chemin de fer, et du personnel de l'exploitation, obligés d'y séjourner longtemps.

Une occasion unique et très favorable se présenta ces dernières années : c'était l'expédition de M. Jansen au Mont-Blanc pour la construction d'un observatoire. M. Jansen, le célèbre savant et membre de l'Institut, fut l'âme de cette expédition qu'il dirigea lui-même de Chamonix.

Le docteur Egli Sinilair de Zurick et moi, nous nous joignîmes à l'expédition pour donner nos soins médicaux et pour faire quelques observations relatives à la dépression atmosphérique ; car aux Andes et à l'Himalaya, des milliers d'hommes vivent à une altitude de 3.000 mètres, une grande ville, Potosie, en Bolivie, est à la hauteur de la Jungfrau (1), cependant il n'en est pas moins avéré que les ouvriers ayant pris part aux travaux de construction des tunnels des Andes (4.000 mètres), ont tous plus ou moins souffert de la diminution de la pression atmosphérique. Mais, après une ou deux semaines, ils se sont accoutumés à cette influence.

L'ingénieur Imfeld, le chef de notre expédition et moi, nous avions fait plusieurs ascensions dans le Valais, le Mont-Rose, le Bietschhorn, la Jungfrau, sans que l'idée d'un mal de montagne, proprement dit, nous fût venue. Nous avions toujours cru que ce mal n'était qu'une résultante de la fatigue, du manque de sommeil dans les cabanes, refuges souvent peu confortables, de l'inégalité de la nourriture : il y a même des touristes qui prétendent que le mal n'est qu'un catarrhe aigu de l'estomac.

Je me souvenais cependant de quelques cas assez curieux : à Zermatt (1630 mètres), où je remplaçais le docteur de Courten, des personnes arrivant directement de Paris, de Londres, de Berlin, étaient très bien portantes jusqu'au moment où elles descendaient de voiture, mais dès qu'elles montaient l'escalier de l'hôtel, des symptômes désagréables, inquiétants même, se manifestaient subitement. Mon professeur M. Kronecker me raconta un cas analogue : un de ses amis fit avec sa femme une ascension près de Berne, sans difficultés, et le couple se promettait d'assister le lendemain matin au lever de soleil. Dans la nuit, la dame fut prise d'oppressions telles, qu'elle demanda à son mari de redescendre avec elle immédiatement. La descente s'effectua dans des conditions désastreuses, avec arrêts à chaque instant et crainte continuelle d'une paralysie brusque du cœur. Quoique la situation se fut améliorée au fur et à mesure que l'on atteignait des altitudes moins élevées, la dame arriva encore fort souffrante à Wimmis (au pied de la montagne). Son médecin consulté reconnut chez elle une maladie de cœur, qu'il n'avait jamais remarquée jusqu'alors. La dame, désespérée, fit plusieurs cures et, un an après, le même médecin l'ayant auscultée de nouveau. trouva à son grand étonnement le cœur absolument normal.

Tous ces cas m'intéressaient vivement et j'étais curieux de savoir comment je supporterais moi-même un séjour prolongé au Mont-Blanc, dans la cabane que M. Vallot, le fondateur et directeur de l'observatoire, avait gracieusement mis à notre disposition.

Nous quittâmes Chamonix le 13 août à midi pour aller coucher aux Grands-Mulets, 3.000 mètres, dans l'observatoire de M. Jansen, à coté duquel se trouve l'auberge de la commune. Une vieille cuisinière y

(1) Bogota (autrefois Santa Fé di Bogota) (2.600 metres), la capitale de la Republique de la Colombie, est une ville de 120.000 habitants, qui jouit d'un climat ideal pendant toute l'annee. 15° au-dessus de zéro en moyenne. Station d'altitude pour differentes maladies, surtout pour les phtisiques, d'après les très interessants travaux du Dr Restrepo.

séjourne pendant l'été depuis une vingtaine d'années. A l'en croire, elle n'a jamais pu garder ni chiens, ni chats, ces animaux tombent malades en peu de temps; seule une poule a été sa compagne pendant toute une saison. La cuisinière l'avait emportée pour en faire du bouillon, mais les liens d'amitié s'étant tellement serrés dans la solitude, elle n'eut le courage de lui tordre le



Cliché M. Tairraz.

Fig. 9. — Auberge des Grands-Mulets

cou. Depuis, des cobayes que M. Vallot a fait porter à l'observatoire paraissent s'acclimater. Je me souviens d'un robuste terre-neuve que mon ami de Gorloff avait emmené dans une ascension et qui fut pris du mal de montagne à partir de 3.500 mètres. Tous les dix pas, il



Cliché M. Tairraz.

Fig. 10. — Observatoire du Mont-Blanc, de M. Vallot.

se roulait dans la neige, haletant, et nous regardant d'un œil languissant. On dut le mettre à la corde et presque le remorquer. Au retour, quand il se trouva à l'altitude de 3.000 mètres, les forces lui revinrent subitement et il descendit plus joyeux que jamais, se jouant des crevasses et gambadant dans la neige.

Vers trois heures du matin nous quittions les Grands-Mulets pour arriver à huit heures au Petit-Plateau, où un déjeuner nous réconforta et nous donna un peu de gaîté. Vers dix heures nous atteignîmes la cabane Vallot 4.400 mètres, donc 400 mètres seulement au-dessous du sommet.

Quoique un peu fatigués, nous nous sentions en très bonne disposition, et parfaitement capables de continuer jusqu'au sommet, mais il fallait nous installer et commencer nos expériences. Nous avions en moyenne 110 pulsations par minute, la respiration profonde et accélérée, jusqu'à 37 respirations par minute, présentait un peu le phénomène de Cheyne-Stock dans les affections cardiaques, mais les respirations profondes et fréquentes ne soulageaient pas du tout, au contraire, elles nous donnaient des douleurs de tête, et qui serraient les tempes.

A midi nous mangions un peu de soupe, sans appétit, je cherchais à me réchauffer sous les couvertures, car c'est le froid, qui au commencement, me fit beaucoup souffrir, il y avait 7° au-dessous de 0 dans la cabane. D'heure en heure je me sentais plus mal, je dus rendre la soupe prise à midi. Au moindre effort, les maux de tête augmentaient, ainsi que les battements de cœur. Nous attribuâmes ces premiers malaises à la fatigue, au froid, mais il nous fallait bien modifier cette manière de voir, car le lendemain, après être restés couchés toute la nuit (je ne puis pas dire après avoir dormi), la

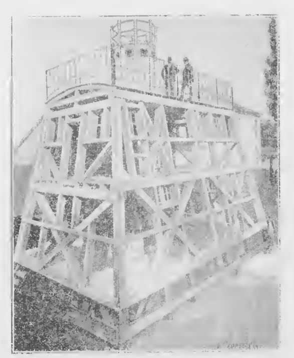


Fig. 11. — Observatoire du Mont-Blanc.

fatigue avait disparu, mais les maux de tête, les battements de cœur, l'anhélation s'accentuaient davantage, au point qu'il ne nous était pas possible de mettre nos pardessus ou de nouer les lacets de nos souliers sans que ce travail, bien léger pourtant, ne nous causât des suffocations et une accélération du pouls jusqu'à 140 et 160 pulsations par minute.

Le 15 août, le temps fut mauvais et nous dûmes tous rester dans la cabane. Cela ne m'était pas désagréable, je crois que j'aurais été incapable d'atteindre le sommet qui n'était pourtant qu'à deux heures de distance. Je me sentais plus mal que la veille, sans aucun appétit, ni le matin, ni le soir, n'ayant pas envie de boire, encore moins de travailler. Il fallait beaucoup d'efforts pour nous mettre au travail. Il en était de même de nos porteurs, une vingtaine environ, dont deux, n'ayant pu s'acclimater, durent redescendre dans la vallée, quoiqu'on ait eu recours à différentes reprises, pour les soulager, à des inhalations d'oxygène. J'essayai moi-même d'aspirer de l'oxygène pur, mais je n'en

obtins aucune amélioration. La température de notre corps à nous tous, matin et soir, était absolument normale et je puis dire qu'elle ne varia jamais pendant les douze jours que nous passâmes là-haut, même pas après de grandes fatigues.

Notre pouls restait accéléré, même en nous réveillant le matin nous avions 80 à 85 pulsations. Mais il faut dire que nous couchions plusieurs ensemble dans une chambre basse et petite, sans ventilation, de façon que la nuit nous souffrions beaucoup de l'oppression. Dès que nous bougions, le pouls s'accélérait à 90 et à 110 pulsations par minute. Le pouls faible, très dépressible et dicrote, la courbe du shygmographe beaucoup plus accentuée qu'à l'ordinaire. Mon confrère Egli Saint-Clair comptait au microscope le nombre de corpuscules contenus dans une goutte de sang prise deux fois par jour à l'extrémité de nos doigts. Il me sembla avoir constaté comme lui, une diminution considérable. J'avais à Chamonix, le jour de notre départ, 6 millions de corpuscules par millimètre carré ; trois jours plus tard, dans la cabane Vallot, je n'en avais que 4 millions. Il est vrai que le nombre est remonté à 5 millions vers le huitième jour de notre expédition. Chez Egli lui-même, la diminution m'a paru descendre jusqu'à 3 millions. La teneur en hémoglobine (observations faites à l'aide d'un hématinomètre Fleischel), le chiffre 100 étant considéré comme normal, avait diminué chez moi jusqu'à 92 ; chez M. Imfeld jusqu'à 68 et chez le Dr Egli jusqu'à 60, et en moyenne chez tous nos guides il y avait diminution d'hémoglobine jusqu'à 15 0/0. La respiration est restée accélérée, laborieuse, avec de l'oppression à la poitrine, dyspnée au moindre mouvement. Le dynamomètre n'indiquait pas de différence notable dans l'énergie des muscles entre Chamonix et dans la cabane, mais accélération du pouls et de la respiration après chaque effort, beaucoup plus que dans la plaine (1).

La quantité d'urine avait diminué considérablement, la couleur était normale, réaction acide, pas d'albumen, ni sucre, mais une forte diminution d'urée — nous en avions 8 à 10 grammes seulement, en moyenne, par litre, au lieu de 25.

Le procès de désassimilation était considérablement gêné, et diminué de presque 50 0/0. Nous perdions journellement entre 300 et 500 grammes de notre poids. Egli avait perdu 7 kilos en douze jours, Imfeld et moi 3 kilos. Dans les selles, rien d'anormal, légère tendance à la constipation, mais pas de tympanite. Le 16 et 17 août, le temps devint un peu meilleur, mais nous ne nous sentions guère mieux : une prostration considérable des forces musculaires, avec grand abattement d'esprit, une indifférence absolue pour soi-même et pour les autres, manque d'appétit, nausée, céphalalgie douloureuse, somnolence. Nous étions anéantis ! Le 18, donc le cinquième jour, je commençais à me sentir un peu mieux, l'appétit revenait, aussi vers 11 heures je m'apprêtai à monter au sommet bien que mes jambes me semblassent de plomb et qu'un malaise général me rendit très faible. J'atteignis la cime et j'y passai deux heures à controler l'énergie et la capacité de travail de nos ouvriers, qui creusaient le tunnel à travers le sommet pour chercher le rocher sur lequel M. Eiffel voulait construire un observatoire en fer. Ces hommes habitués à l'air du Mont-Blanc, n'avaient pas donné douze coups de pic ou soulevé dix ou douze pelletées de neige, qu'ils se trouvaient dans l'impossibilité de continuer et devaient se relayer pour respirer. Ils travaillaient pourtant avec ardeur, et c'était au surplus, le seul moyen de se préserver du froid intense, puisque le thermomètre marquait au soleil 10° au-dessous. Accélération du pouls, jusqu'à 140 pulsations par minute.

Le 20, notre santé allait mieux, nous prenions même goût à la correspondance, malheureusement le temps se



(Cliché Julien).

Fig. 12.

gâtait de nouveau. Dans la nuit, une tourmente terrible avait éclaté. Un manteau de neige d'un demi-mètre de hauteur couvre les sommets. Les fenêtres de notre chambre sont obstruées et nous sommes condamnés à passer plusieurs jours dans notre petite cabane en nous amusant à faire fondre les glaçons de nos moustaches. Pourtant nous nous sentions mieux, la respiration revenait normale ainsi que le pouls, et nous éprouvions la joie de vivre comme dans la plaine. L'appétit était bon, nous nous acclimations au froid si bien, que nous commencions à nous plaire dans notre prison.

Le 21 et le 22, la neige et la grêle ne cessaient pas de tomber. La foudre éclate sans discontinuer. Nous sommes entourés d'étincelles électriques et d'une intensité de lueur qu'aucun de nous n'avait jamais perçue auparavant. Il nous semble être entre deux orages, à en juger par les détonations : l'un au-dessus de nous, et l'autre courant dans les couches inférieures, avec le bruit des vagues de la mer qui se brisent sur les rochers. Pendant la tempête, le baromètre enregistreur subit une série de brusques oscillations durant à peine quelques secondes et d'une ampleur considérable. Si la foudre avait incendié la cabane, nous aurions été perdus sans espoir, car la tourmente aurait terrassé le plus fort et l'aurait étouffé dans la neige.

Le 23 le vent ayant enfin cessé le 24 le temps s'améliora, la brume se dissipa pour laisser passer le soleil et, pour la première fois depuis une semaine, nous

(1) M. Vallot qui s'occupe beaucoup de la question du mal de montagne, m'a raconté avoir trouvé en travaillant avec les halteres, qu'il pouvait faire le même nombre d'exercices à Chamonix et au Mont-Blanc, mais le pouls et la respiration étaient beaucoup plus augmentés en haut que dans la plaine. On a le sentiment qu'on pourrait provoquer le mal en forçant le travail.

aperçûmes les verdoyantes prairies, les forêts et les maisons de Chamonix.

Mais nous n'avions plus de vivres (1). Le pain, le bois nous faisant défaut, nous résolûmes d'envoyer notre personnel à Chamonix. C'est avec nos hommes que deux touristes, M. Rothe et le comte de Faverney descendirent, au Petit-Plateau, ils furent entraînés dans une crevasse par une avalanche et M. Rothe et le guide Michel Simond y trouvèrent la mort. Nos hommes restèrent quelques jours sous le coup de la terreur que leur inspirait la catastrophe et ne revenant pas, nous fûmes obligés de descendre le 26 août pour engager de nouveaux ouvriers.

Deux jours plus tard, M. Imfeld remonta avec une



(Cliché Imfeld.)

Fig. 13. — Recherche des cadavres de M. Rothe et du guide Michel Simond.

nouvelle équipe de travailleurs, accompagné cette fois du Dʳ Jacottet, de Chamonix, qui voulait bien me remplacer. Le 1ᵉʳ septembre, après deux jours de repos dans la cabane où il semblait se sentir mieux que nous au commencement, M. Jacottet monta au sommet, y resta une heure et redescendit à la cabane. Pendant la nuit il ne dormit pas et toussa beaucoup, il se plaignit à déjeuner de maux de tête et de manque d'appétit. Dans la journée il écrivit une lettre à son frère, dans laquelle il disait avoir passé une nuit si mauvaise, qu'il n'en souhaiterait pas une semblable à son pire ennemi. Son malaise s'aggrava tellement qu'Imfeld lui conseilla de descendre aux Grands-Mulets, mais il voulut rester pour s'acclimater. Il écrivit encore à un de ses amis lui disant qu'il ne pouvait lui écrire une longue lettre à cause des soulèvements de cœur qui le tourmentaient, qu'il souffrait du mal de montagne, comme ses confrères en avaient souffert et qu'il voulait continuer quelques observations.

Ce fut, hélas ! sa dernière lettre. Il se jeta ensuite sur sa couche en tremblant de froid. Vers le soir, les ouvriers revinrent à la cabane, après avoir creusé dans la neige un tunnel de 30 mètres de longueur, sans trouver le rocher.

L'état du pauvre docteur empirait de plus en plus, malheureusement la nuit arrivait et on ne pouvait pas penser à le transporter aux Grands-Mulets. De forts frissons l'avaient saisi, bientôt il était comme paralysé et commençait à délirer. L'oxygène qu'on lui donna à respirer ne produisit aucun résultat, la respiration devint superficielle. Le soir, vers six heures, il cessa subitement de parler, fut pris de somnolence et entra en agonie. Vers deux heures du matin, il succomba dans cette cabane de glacier, victime de son dévouement à la science. La mort de ce jeune confrère, si aimé et estimé, nous fait toucher du doigt les dangers qui menacent la vie humaine dans les régions élevées. Le 3 septembre on descendit son corps, sur un traîneau, à Chamonix et l'autopsie montra une double congestion pulmonaire et cérébrale. Du reste voici le procès-verbal d'autopsie faite par le Dʳ Wisard (de Saint-Gervais) :



Fig. 14. — Dʳ Jacottet (de Neuchâtel).

Aspect extérieur. — Vigoureuse constitution. Rigidité cadavérique. Nombreuses surdités. Cyanose très marquée des lèvres, du visage, de même que des extrémités. Cerveau très bien constitué. Méninges violemment congestionnées. Pas d'adhérences. Vaisseaux de la pie-mère augmentés de volume et gorgés de sang. Etat piqueté de la substance grise et de la substance blanche. — Rien de particulier dans les centres, si ce n'est toujours l'état congestif secondaire à un état asphyxique.

Thorax. — Pas d'adhérences, mes souvenirs sont incomplets en ce qui concerne l'épanchement.

Cœur normal comme grandeur, valvules suffisantes. Les cavités pleines de caillots.

Poumons de couleur violette, gonflés, fixés. — Énorme congestion bilatérale, œdème considérable — muqueuse-bronchique injectée fortement. Le liquide de la coupe est écumeux. Congestion égale partout. Rate atteinte de même que le foie, de congestion passive

Reins normaux. — Pas d'œdème des jambes ni ascite. Autant que je puis m'en souvenir, la mort de Jacottet m'a paru devoir être attribuée à un catarrhe suffocant, (bronchite capillaire et pneumonie lobulaire), accompagnée d'un œdème suraigu du poumon. Les congestions viscérales me paraissent secondaires à l'état pulmonaire.

Dix jours après la fin de l'expédition, les jambes de l'ingénieur Imfeld, notre chef, furent saisies par la paralysie qui augmenta peu à peu, envahissant les bras

(1) Nous n'avons pas voulu entamer la réserve de provisions que M. Vallot laisse dans la cabane pour des cas de force majeure.

et même la langue. La respiration et la déglutition devinrent très difficiles. Ce n'est qu'au bout de quelques mois que ces symptômes menaçants s'effacèrent et que le malade put sortir et faire une promenade en s'appuyant sur une canne. Il attribua sa maladie aux suites de son séjour sur la montagne. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du massage empirique.

Dans son article sur la réglementation du massage et de la gymnastique médicale, publié par le *Scalpel* de Liège, notre confrère Dejace se prononce d'une façon catégorique contre l'emploi du massage empirique en médecine et exige, que le massage thérapeutique soit exécuté par le médecin massothérapeute ou par le médecin lui-même. Cet article fut provoqué par la notice, que plusieurs médecins belges ont redigé à l'adresse de la Commission de révision des lois sur l'art de guérir, qui se discutent en ce moment en Belgique. Cette notice comprend les trois paragraphes suivants : 1° Que la loi nouvelle déclare que la Cinésithérapie (massage et gymnastique médicale, faisant partie intégrante de l'art de guérir, ne puisse être pratiquée que par des docteurs en médecine ; 2° Que seuls certains massages d'affections bénignes des membres et des muscles du dos puissent être pratiqués, sur l'ordonnance médicale, par des masseurs non médecins. et 3° Que ces masseurs subissent une épreuve devant un jury compétent et soient diplômés. La notice est signée par les Drs Le Marinel de Bruxelles, Gommaerts de Gand, de Munter de Liège, Vaudenberg (d'Anvers, et Lethion de Bruxelles). Il est à souhaiter, que la commission en question prenne en considération la note citée et puisse doter le corps médical belge d'une loi qui lui permettra de se garantir contre une nouvelle et redoutable concurrence. « Désormais, disent les auteurs dans leurs commentaires, le masseur, à moins qu'il ne restreigne son empirisme aux quelques pratiques usuelles, connues vulgairement sous le nom de massage, devra, sous peine d'être poursuivi pour exercice illégal de l'art de guérir, être muni d'une autorisation, donnée sur l'avis conforme d'un jury compétent, ayant constaté qu'il possède des connaissances anatomiques et physiologiques nécessaires. » Nous ne sommes point du même avis en ce qui concerne la dernière proposition des auteurs de la note. Pour nous il faut interdire d'une façon absolue aux empiriques le droit de masser une lésion quelconque, et les quelques connaissances qu'ils posséderont ne suffiront point pour lui permettre d'exercer un art, qui rend aux malades des services énormes. quand on sait non seulement l'anatomie et la physiologie des éléments massés, mais aussi la pathologie et la pathogénie de l'affection traitée. Il existe déjà dans quelques villes et particulièrement à Paris, un genre d'écoles ou simplement cliniques, où moyennant une somme de ..... tous ceux qui n'ont pas réussi dans les autres branches de la vie, arrivent très facilement à se munir d'un diplôme ou d'un certificat, revendiquant hautement les quelques connaissances anatomiques et physiologiques les élèves, qui, du reste, n'en savent pas le premier mot. Il suffit, du reste, de jeter un coup d'œil sur les manuels du massage, destinés aux masseurs et masseuses, pour se rendre compte des notions anatomiques du masseur. Un de nos confrères parisien, le Dr Dagron a eu l'idée de former une élite des masseuses distinguées, en leur communiquant quelques notions anatomiques et pathologiques, nécessaires pour avoir une simple idée de la lésion chirurgicale à masser. Les quelques termes médicaux communiqués par notre confrère à ses élèves, leur a servi à exploiter plus facilement l'ignorance des malades, en massant à tort et à travers toutes les affections qui leur tombaient sous la main. Voici un exemple, qui montre comment nos empiriques se servent des termes scientifiques, vis-à-vis de leurs clients : Une de nos malades fut massée par un ventouseur — masseur, faisant le *massage médical et chirurgical*, — pour les affections suivantes, diagnostiquées par lui-même : *inflammation du foie*, *dilatation de l'estomac*, *congestion des reins* et *inflammation du diaphragme*. Notre malade fut guérie de toutes ces affections après quelques séances de notre masseur. Nous parlons ici des masseurs empiriques faisant le massage médical et le massage chirurgical. Combien y a-t-il de sages-femmes qui exercent le massage gynécologique sans le moindre avis du médecin et parfois dans un but spécial.

A maintes reprises, plusieurs de nos confrères ont proclamé la compétence médicale du masseur et l'interdiction du massage empirique dans le domaine de la médecine. Néanmoins, la grande majorité de nos confrères ne considère pas le massage comme un agent thérapeutique pur, et le livre au hasard de l'empirisme. Ceci explique le nombre considérable des masseuses et de masseurs. répandus en France et qui pratiquent et appliquent le massage la plupart du temps de leur propre chef. Nos confrères russes, suédois, allemands, etc., nous ont dépassés dans cette voie et le massage occupe une place importante dans la thérapeutique de leur pays. A Berlin il existe même une chaire du massage, dont le titulaire est le Pr Zabloudowsky ; il y a en outre des cours de massage à la clinique du Pr Wolf, à la clinique du Pr Bergmann, à Heidelberg, à Leipzig, à Stockholm, à Vienne, etc. Tous ces cours sont fréquentés uniquement par les médecins, munis d'un diplôme de n'importe quelle Faculté de médecine.

Ce n'est pas ici la place de discuter la nécessité d'un massage méthodique, fait par le médecin. Tout le monde est à peu près d'accord que le massage fait par un médecin présente un réel avantage sur le massage empirique. Mais, ce que beaucoup de médecins ne savent pas, c'est que, outre le manque de méthode scientifique, le massage empirique est dans beaucoup de cas nuisible et parfois meme dangereux. Pour notre part, nous pouvons indiquer les complications suivantes, produites par le massage empirique dans les maladies nerveuses ; l'*aggravation des contractures*, la *progression de l'atrophie*, la *déchirure des tendons greles*, la *production des difformations irréparables*, la *transformation de l'arthrite simple en hydartrose*, etc. Les auteurs de la notice en question citent de leur coté quelques exemples : *rupture du tendon d'Achille massée comme*

entorse et suivie d'une claudication définitive ; une veine thrombosée pétrie par un masseur et la séance se terminant par la mort du patient; une appendicite suppurée crevant dans le péritoine sous l'influence du pétrissage du ventre. Le Pr Zabloudowsky indique dans son intéressant travail les accidents suivants, produits par le massage empirique ; *la formation des furoncles* (se terminant dans un cas chez un diabétique par la mort ; la *formation des abcès de l'abdomen* (suivi de mort dans un cas) ; *déplacement des fragments dans les fractures*, surtout dans les fractures de la rotule et de l'olécrâne ; *la transformation des lésions améliorées en subaiguës et aiguës ; la transformation des lésions aiguës en chroniques* surtout dans les affections articulaires ; *la production de l'ankylose* produit grâce à l'ignorance des empiriques ; *l'inflammation traumatique des gaînes des tendons, des muscles et des nerfs*, produites par le massage inconscient ; *rein mobile et l'augmentation de l'hernie, de l'ombilic,* produits par les pressions démesurées du ventre ; la *transformation des formes légères de l'hystérie et de la neurasthénie en formes aggravées*, produits par l'excitation prolongée des nerfs périphériques et les exercices inutiles des membres.

De tout ce qui précède, il résulte que le massage empirique doit être exclu de la pratique médicale au même titre que l'électrothérapie empirique. Comme cette dernière est à peu près appliquée par le médecin, le massage doit être exercé par un docteur-médecin connaissant les propriétés thérapeutiques du massage. Tout le monde admet qu'il est absolument impossible qu'une personne sans connaissances approfondies des propriétés physiques physiologiques et pathologiques de l'électrothérapie, puisse se permettre de faire des applications de l'électricité aux affections dont il ne sait pas le premier mot. Tout médecin connait ou doit connaître les propriétés de l'électrothérapie et se garde bien de recommander l'électrothérapie empirique. Les propriétés thérapeutiques du massage étant moins connues par le corps médical, il résulte que, pour plusieurs de nos confrères, tout le monde peut faire du massage. Nous connaissons des confrères qui ordonnent le massage et le font faire par les femmes de chambre des malades. Cette indifférence du médecin envers le massage a créé un mouvement fâcheux dans le public, pour qui tout docteur-médecin, faisant du massage, n'est plus un médecin, ce qui permet aux empiriques de proclamer leur participation dans le cycle thérapeutique. Le masseur empirique devient ainsi un suppléant indispensable du médecin traitant, grace à l'indifférence de ce dernier pour le massage thérapeutique. D'un suppléant il ne manque pas à devenir un concurrent. Il est temps que l'opinion publique du corps médical change son indifférence vis-à-vis du massage, qui est un des agents les plus précieux de la thérapeutique actuelle. L'immense service que le massage a rendu à la médecine le place à coté d'un autre agent physique très important — l'électrothérapie. Comme ce dernier, il doit appartenir à l'art de guérir, qui est l'art du médecin. Ce dernier a fait, pendant de longues années, les études médicales, il possède des connaissances approfondies de l'anatomie, de la physiologie ; il connait la pathologie, la pathogénie, l'évolution et le pronostic de l'affection à traiter — c'est lui qui doit masser la lésion et non l'empirique. Voici pourquoi nous souhaitons que le vœu, proposé par nos confrères belges, puisse avoir un écho en France et qu'il nous permette de débarrasser la pratique médicale française des régiments de baigneurs, de frotteurs, de ventouseurs et ventouseuses, de filles de chambre, de valets de chambre, d'herboristes, de sages-femmes et d'autres déclassés, qui se sont livrés au massage médical et chirurgical, et qui ont même envahi tous les services de nos hôpitaux, grâce à l'indifférence de nos confrères envers le massage scientifique. P. Kouindjy.

Hyperthermies extraordinaires.

Sous le titre « Hyperthermie peu ordinaire », le *Progrès médical* reproduisait dans son avant-dernier numéro 12 janvier 1901, p. 20, c. 1, un entrefilet du journal *La France*, où il était fait mention d'un cas dans lequel on avait observé, chez un soldat, des températures de 44°,4, puis, ultérieurement, 58°, sans que le pouls fût influencé et sans que le malade parût sérieusement incommodé par ces élévations thermiques énormes. Malheureusement, cet entrefilet ne contient aucune indication d'auteur, de lieu, ni de date, et c'est regrettable, parce que quelques-uns des détails qu'il donne permettent de le considérer comme provenant de source autorisée. Quoiqu'il en soit de la valeur de ce nouveau fait, nous croyons bon de rappeler, à son occasion, pour ceux que la question peut intéresser, que nous avons publié dans le *Progrès médical*, en décembre 1899 (T. X, n° 43, p. 441), une analyse assez longue d'un travail du Dr Carlos A. Llanos sur un cas analogue, observé par lui chez une jeune fille, et où l'on avait vu la malade supporter victorieusement une série d'accès d'hyperthermie invraisemblable, dans lesquels la température avait atteint deux ou trois fois le chiffre de 49°. Ch.-H. Petit-Vendol.

Concours pour l'École du Val-de-Grâce. — A la suite du concours de décembre dernier, sont nommes à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application du service de santé militaire, au Val-de-Grâce : MM. Coudeyras, Lodet, Laferrère, Cohadon, Bauby, Guex, Chanal, Baget et Derappe, docteurs en médecine.

Universités étrangères. — *Munich.* Les professeurs adjoints de pathologie interne, les Drs Fréderic Voit et Richard May ont été nommés professeurs titulaires. — *Gœttingue.* En remplacement du Pr Georg Meissner, affecté à la retraite, le Dr Verworn a été nommé professeur de physiologie. Le Dr Boruttau, jusqu'à présent professeur adjoint à l'Institut de physiologie, vient d'être nommé titulaire. — *Kehl.* Le Dr Theodore Kirchoff, professeur de psychiatrie, vient de recevoir le titre de professeur. — *Geneve.* Le Dr Jentzer vient d'être nommé professeur d'accouchement et de gynécologie, en remplacement du Dr Vaucher, appelé à la retraite. — *Glascow.* Le Dr S. Gemmel vient d'être nommé, à la place du Dr Anderson, professeur de clinique médicale. — *Florence.* Le professeur de pathologie médicale, le Dr G. Mya, a été nommé professeur de pédiatrie. — *Fribourg.* Le Dr Adolphe Schule est nommé professeur de pathologie interne. — *Strasbourg.* Le Dr Simon vient d'être nommé professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire. — *Nécrologie.* M. le Dr Hauks, professeur de gynécologie, à New-York ; le Dr Wollner, à Furth ; le Pr A.-L. Toboldt, à Philadelphie.

VISITES PROFESSIONNELLES A L'EXPOSITION.
(Suite) (1).

Section Norvégienne : Voitures d'ambulance, brancard, matériel d'ambulance, instruments.

Dans la section Norvégienne, qui est un peu plus loin, toujours en allant dans la direction du Champ-de-Mars, nous trouvons une voiture d'ambulance, des brancards, des caisses de matériel d'ambulance et un chariot servant à les transporter, et une petite vitrine de matériel chirurgical sommaire.

La *voiture d'ambulance*, établie pour transporter deux blessés sur brancards ou quatre malades assis, est à un cheval et à deux roues ordinaires ; sa caisse, qu'abrite un toit de toile, à bâches mobiles sur les côtés et à l'arrière, soutenus par une légère charpente en bois, n'a que juste la longueur entre manches des brancards qu'elle reçoit, de sorte que ces manches la débordent, en avant par des trous ménagés *ad hoc* dans la paroi antérieure de la caisse, et en arrière entre les barreaux supérieurs du panneau abattant qui la ferme de ce côté. Les brancards (démontants) sont placés directement sur le fond du véhicule, sans autre moyen de fixation que le passage des extrémités de leurs hampes dans les orifices sus-indiqués. Quand il s'agit de transporter des blessés assis, on installe, au lieu des brancards, deux banquettes transversales à fond de toile, suspendues aux ridelles supérieures du chariot par des crochets métalliques, qu'une série de tenons fixés sur ces ridelles permet d'y attacher plus ou moins en avant ou en arrière pour équilibrer le chargement et assurer un écartement convenable des deux banquettes. A l'arrière, sous le plancher, il y a une caisse (nous la trouvons fermée) qui ne paraît pas très vaste, et qui est destinée, selon toutes probabilités, à loger divers accessoires de premiers secours en même temps qu'une partie des éléments de plusieurs brancards, dont nous voyons les hampes seules fixées sur les côtés du chariot et dépassant ceux-ci, à l'avant et à l'arrière, de toute la longueur de leurs manches. La partie arrière de la voiture s'abat en totalité pour le chargement, et présente alors en son milieu un marchepied développable. A l'avant, le siège du conducteur, pouvant recevoir en sus deux infirmiers ; sous ce siège, quelques outils de campement. Pas de provision d'eau. En somme, voiture couverte, à ressorts ordinaires, propre, solide et néanmoins assez légère, mais insuffisamment fournie en matériel de premiers soins, et ne procurant guère aux blessés transportés plus de confortable qu'une charrette quelconque ou un char à bancs pourvus d'une bâche et utilisés impromptu.

Les *brancards démontants* que porte cette voiture, et dont un spécimen, isolé et bien accessible à l'examen, est exposé à côté, sont, en revanche, très-soignés, très-ingénieusement construits, d'aspect confortable et coquet tout à la fois. Le brancard Norvégien est un brancard *démontant, à toile mobile, sans têtière, à oreiller facultatif.* — Les hampes, cylindriques, portent à leur partie inférieure une série de tenons servant à la fixation de la toile. Elles vont en s'effilant vers les extrémités pour former les manches, et sont cerclées, à la racine de ceux-ci, d'une bague de cuivre longue de 7 à 8 centimètres, dont la surface se continue insensiblement en avant avec celle du manche, et qui présente à son arrière, c'est-à-dire du côté du corps de la hampe, un renflement à angle droit, d'une hauteur de 8 à 10 millimètres; cette bague correspond à la portion du manche qui s'emboite dans la traverse correspondante, et son renflement est destiné à limiter l'étendue de cet emboitement. — Les traverses, identiquement semblables l'une à l'autre, sont constituées chacune par un cadre vertical, du bord inférieur duquel se détachent les pieds du brancard, et dont la partie supérieure s'élève à 15 à 20 centimètres environ au-dessous du plan de la toile ; elles forment ainsi une sorte de chevet à chaque extrémité du cadre de l'appareil ; elles présentent, à l'aplomb des pieds, un trou circulaire percé dans leur épaisseur, circonscrit par une garniture de cuivre, et dans lequel viennent s'engager les manches des hampes, conformés de façon à s'y engager à frottement. — La toile, solide, brune (goudronnée ou tannée ?), porte sur ses bords des prolongements, des pattes, à œillets de cuivre, qui viennent s'attacher à une série de tenons implantés dans le bord inférieur des hampes ; à ses deux extrémités, elle est attachée à la traverse par trois courroies de cuir, à œillets aussi, se fixant à des tenons implantés sur le bord supérieur de la pièce transversale qui constitue le bas du cadre du chevet. Elle peut donc être tendue en tous sens à volonté, et, sans avoir à toucher au cadre, on peut l'enlever et la changer en un clin d'œil. — Ainsi constitué, le fond du brancard est horizontal dans toute sa longueur. Mais l'absence de têtière est corrigée par l'addition d'un oreiller en toile semblable à celle du brancard, bourré de varech ou de quelque chose d'équivalent, et assez large, assez volumineux et assez malléable pour fournir à la tête et à la partie supérieure du corps un soutien bien meilleur, à tous points de vue, que celui que lui offre le plan incliné d'une têtière formée par un relèvement de la toile de fond. Trois cordelettes, traversant la toile par trois paires d'œillets métalliques, et se nouant par dessous, empêchent cet oreiller de se déplacer en bas et latéralement, tandis que le petit cadre de chevet lui donne un appui par en haut. Mais, en somme, il est amovible à volonté, — et c'est pour cette raison que j'ai employé tout à l'heure, dans le signalement de ce brancard, l'expression d'« oreiller facultatif », — et, de plus, il est évident que l'on peut l'utiliser tout aussi bien à un bout qu'à l'autre du brancard, puisque ces deux bouts sont identiquement semblables, à cette différence près — différence insignifiante et négligeable, — que le haut de la toile n'est pas pourvu d'œillets pour le fixer de ce côté. Il résulte de tout cela qu'avec ce brancard on peut ne pas s'inquiéter, pour la manœuvre de chargement, de l'orientation du brancard par rapport au blessé, et c'est là un avantage important ; nous reviendrons d'ailleurs bientôt sur ce point, à propos du brancard Portugais.

Ce brancard est très léger et paraît néanmoins bien solide ; le bois dont il est construit ressemble fort à du pitchpin. La charpente extrêmement simple de cet appareil a ceci de particulier, que le métal n'y intervient qu'à titre accessoire, et non indispensable. Son démontage et son remontage sont évidemment faciles et assez rapides. Nous avons vu comment se répartissent dans la voiture d'ambulance les pièces isolées des brancards dont elle est approvisionnée ; mais un seul de ces brancards, démonté, doit être bien incommode pour le transport par un seul homme, quelque mode de paquetage qu'on imagine.

Variantes et accessoires de ce brancard. — Dans un *autre modèle*, la toile est pourvue de coulisses latérales engainant les hampes, lesquelles, bien entendu, ne portent pas de tenons ; pour tout le reste, ce modèle est identique au précédent. Mais il lui est inférieur de beaucoup au point de vue de la facilité du changement de la toile, car sa toile ne peut être enlevée qu'après démontage d'une des traverses, tandis que celle du premier s'enlève sans qu'on ait à toucher au cadre du brancard.

Ce brancard peut, quand besoin en est, devenir un appareil roulant, grâce à l'emploi de deux paires de *pieds additionnels à roulettes*. Ces pièces, solidement construites en bois, reproduisent la forme des pieds du brancard et du bas du cadre de chevet, contre lesquels elles viennent se fixer par dehors au moyen de courroies à boucles ; elles présentent à leur bord supérieur deux échancrures demi-circulaires, qui embrassent la racine des manches et leur donnent appui ; les pieds additionnels dépassent, naturellement, ceux du brancard de la hauteur des roulettes montées à leur extrémité.

Nous avons encore à mentionner une *traverse à pieds pliants*, que nous trouvons dans le voisinage, et qui a été évidemment imaginée en vue de la commodité du transport des brancards démontés. Il serait trop long de la décrire en détail ; je me bornerai à essayer d'en donner une idée sommaire. Pieds très larges du haut, appliqués à plat et articulés à pivot sur les extrémités de la traverse, dont ils doublent le bord externe ; dans ce bord externe ainsi composé de deux épaisseurs de bois, une profonde échancrure où se loge la racine du manche correspondant ; pour le pliage, ces pieds se rabattent sur la traverse et viennent se coucher sur elle dans le sens de sa largeur.

(1) Voir *Progrès médical*, nos 38, 40, 41, 42, 43, 48, 50 (1900) et 1.

A côté de la voiture d'ambulance, un petit chariot du même genre qu'elle, mais découvert, affecté au transport des caisses d'ambulances, qui sont exposées le long du mur voisin, et dont nous dirons quelques mots tout à l'heure. Tout proche, une table où sont réunis des sacs et des musettes d'infirmiers, des sacs de selle pour médecins, des sacoches à objets de pansements et à accessoires divers. Dans le sac d'ambulance, nous avons remarqué surtout deux choses : d'abord, une bonne provision de petites attelles en bois blanc, légères, très minces, souples, et qui semblent devoir constituer des éléments d'immobilisation provisoire bien commodes et facilement adaptables à toutes les exigences de cas et de région; ensuite, un système de supports métalliques à charnières, pour les boîtes de fer blanc cylindriques, qui renferment certains objets de pansements; ces supports, composés de lames de fer minces, et rappelant la disposition des paniers porte-bouteilles, sont fixés sur la face interne de petits volets à larges claires-voies, constitués également par des lames semblables, et articulés à charnières sur les côtés du sac; le tout se renverse en dehors, mettant les boîtes à portée de la main et découvrant les objets placés plus profondément, sans que rien puisse s'en aller à la dérive, et quand on veut repaqueter, le mouvement inverse remet d'un seul coup les choses en place; c'est bien pratique, mais cela paraît quelque peu fragile et susceptible.

Dans une petite vitrine voisine, nous voyons : — des *instruments* à amputation, couteaux, scie, etc., logés sur un plateau en gaînerie; la scie, sans manche, est d'un modèle peu connu chez nous; j'en reparlerai tout à l'heure; — une *trousse* dont toute la garniture intérieure est en toile, et indépendante de son enveloppe en gaînerie; — une autre trousse d'instruments pour les dents: — des paquets de pansement individuel..., etc.

Les caisses d'ambulance sont bien agencées et largement pourvues d'objets de pansements, de fournitures de pharmacie, et de tous les accessoires et ustensiles répondant aux multiples besoins du service de santé en campagne. Parmi ces accessoires, mentionnons, entr'autres, un certain nombre d'ustensiles en nickel, boîtes logées dans un récipient en forme de gamelle, gobelets, etc., et une série de petites lanternes d'un modèle commode et peu encombrant, disposées pour être, à volonté, posées, fixées ou portées à la main. Dans une autre caisse, nous avons remarqué, auprès d'une provision de feuilles de carton pour attelles, une copieuse réserve de ces éclisses légères que nous avions vues déjà dans le sac d'ambulance, et un certain nombre de plaquettes de fer blanc qui, par leur forme, leurs dimensions et l'existence de deux coulisses longitudinales échelonnées sur leur partie médiane, m'ont semblé devoir être des attelles plantaires, des semelles, adaptables à des gouttières jambières que je ne voyais pas, mais dont elles me faisaient soupçonner la présence probable dans quelque coin de la même caisse. Dans une autre enfin, nous trouvons, en haut, des toiles de rechange pour brancards, des blouses pour le personnel de l'ambulance, etc. ; puis, au-dessous, dans des casiers que l'abaissement du panneau antérieur rend accessibles, le matériel instrumental de l'ambulance, réparti par destinations spéciales, des sondes, des instruments pour les oreilles, la gorge, etc., et enfin, la *boîte à instruments de chirurgie générale*. Cette boîte, en métal nickelé, de forme ramassée, presque carrée et assez épaisse, s'ouvre à charnière en deux moitiés, où les instruments sont rangés sur des chevalets et maintenus par des lames élastiques transversales; elle est logée, pour le transport, dans une autre boite en cuivre dont le couvercle et le fond, indépendants, constituent des plateaux à instruments. Nous retrouvons là une *scie à amputations* semblable à celle qui figure dans la petite vitrine voisine, mais qui s'y présente de telle sorte que son appareil tenseur n'est pas visible. Mais, cette fois, — à une de mes dernières visites, — j'ai la satisfaction de pouvoir la tenir en main et l'étudier à loisir, grâce à la présence et à l'obligeance d'un gardien qui me montre et m'ouvre la caisse d'ambulance affectée à l'arsenal chirurgical. Le mécanisme de tension de cette scie est fort simple et vraiment séduisant. Nous avons vu que l'instrument n'a pas de manche, c'est l'un des petits côtés de son cadre qui, élargi et épaissi en poignée, sert à la saisir et la manœuvrer. A l'angle opposé du cadre il y a une articulation à plat entre le grand côté et le petit côté, qui donne attache à la seconde extrémité de la lame, et le petit côté se continue au-delà de cette articulation, à angle un peu obtus, avec une longue tige aplatie, qui s'accole au grand côté dans les deux tiers environ de la longueur de celui-ci, et qui se termine par une poussette légèrement saillante en dehors. C'est là la clef du mécanisme. En pressant sur cette poussette de haut en bas, ou, autrement dit, en la repoussant du côté de l'intérieur du cadre, on déclenche l'extrémité de la tige qu'elle termine, et cette tige se relève en ressort, cessant d'entraîner en dehors, de redresser le petit côté avec lequel elle se continue, et, par conséquent, de maintenir en tension la lame de la scie. On voit alors, sur l'extrémité de cette tige un taquet de déclic, et sur la face correspondante du grand côté du cadre, échelonnées suivant sa largeur, une série d'encroches longitudinales, servant à arrêter ce taquet et à régler la tension de la lame. Cette scie est à feuillets mobiles changeables, mais sans dispositif permettant de leur donner des inclinaisons variées. En somme, instrument simple, paraissant bien en main, et moins encombrant, moins difficile à loger qu'une scie à manche. Nous reverrons ce modèle à la classe 16, dans d'autres sections étrangères.

Un écriteau, placé auprès des caisses d'ambulances, nous apprend que tout le matériel exposé là est du matériel ayant déjà servi; mais, sans cet avis, l'on ne pourrait guère soupçonner qu'il n'est plus neuf, tant il est propre, soigné et de belle apparence.

Passons maintenant dans la salle immédiatement voisine, qui est affectée au Portugal, et où nous allons trouver encore une exposition des plus intéressantes à étudier.

Section Portugaise. — Brancards. — Voitures d'ambulance, etc.

L'exposition du matériel sanitaire de l'armée Portugaise se développe à droite de l'entrée de la salle, le long du mur de refend qui la sépare de la section Norvégienne. Comme elle est presque en totalité constituée par des maquettes de dimensions peu considérables, elle n'attire pas l'œil tout d'abord, mais, en revanche, quand on arrive devant elle, elle éveille vivement l'attention du professionnel et s'impose de prime abord à son étude par le bel aspect et les qualités évidentes des divers modèles qui la composent. Nous y trouvons, entre autres choses, des brancards, une voiture légère d'ambulance, une voiture d'ambulance régimentaire et une table d'opérations, que nous allons examiner successivement.

La majeure partie, sinon la totalité, des modèles exposés sont dus à M. le Dr da Cunha Bellem, colonel médecin de l'armée Portugaise, qui en donne la description détaillée, avec figures, dans une très intéressante et très instructive brochure (1). Cet ouvrage, dès que nous avons eu le bonheur de le posséder, a rendu à peu près inutiles nos notes antérieures, et c'est lui, nous nous faisons un agréable devoir de le dire, qui nous a fourni les meilleurs éléments pour la rédaction de cet article.

Le *brancard portugais* est un brancard *pliant* et *démontable*, *à pieds pliants*, *à toile mobile*, *sans têtière*. — Les hampes sont en bois dur, taillées à quatre faces, avec angles arrondis, et se terminent par deux manches courts et cylindriques. A leurs extrémités, à la racine des manches, elles sont entourées d'un anneau métallique, quadrilatère comme elles, et que fixent en place une détente et un tourniquet monté à sa partie interne. Cet anneau porte le pied correspondant, pied bas (12 cent.), en fer, articulé à pivot sur sa face externe, et, par conséquent, repliable à volonté le long ou en dehors de la hampe. Quand le brancard repose sur ses pieds, ceux-ci sont, non pas verticaux, mais légèrement obliques, à angle aigu avec les manches, et ils sont calés dans cette situation par un taquet d'arrêt placé à cet effet à la partie externe de l'anneau métallique correspondant à chacun d'eux; quand les pieds sont relevés, une petite targette coulissant à la partie inférieure de cet anneau les maintient dans cette nouvelle position, qu'assurent

(1) Le matériel sanitaire de l'armée Portugaise, par M. A. da Cunha Bellem. L[illegible], 1[illegible]

d'autre part de petites courroies à boucles attachées sur les bords de la toile.

Les traverses, en fer, relevées quelque peu au-dessus du niveau du plan du brancard, grâce à une courbure douce de leurs extrémités, sont reliées à la face supérieure des anneaux correspondants, d'un côté par une articulation à pivot jouant dans le plan horizontal, de l'autre côté par une fixation à mortaise, tenon et clavette d'arrêt; elles sont, en somme, à quelques détails d'agencement près, analogues aux barres de soutien du brancard militaire français du modèle ancien. Pour le pliage du brancard en vue de son transport à bras ou sur les voitures d'ambulance, elles se replient sur la hampe qui porte leur pivot.— La toile est composée de trois pièces transversales qui se superposent en partie les unes aux autres, et qui réunissent des coutures jouant le rôle de sangles consolidatrices; elle est munie sur ses deux bords longitudinaux de larges coulisses dans lesquelles se logent les hampes. Ces coulisses présentent de chaque côté deux interruptions, au niveau desquelles les hampes restent à découvert, pour pouvoir s'adapter, sans avaries de la toile, aux supports du train de deux roues servant au besoin à rouler le brancard. La toile est munie, à ses deux extrémités, de trois courroies à boucles, qui servent à la fixer aux traverses et à la tendre dans le sens de sa longueur; elle est, par conséquent, horizontale d'un bout à l'autre, et ses deux extrémités sont identiquement semblables. Il en résulte que, pour le chargement de ce brancard, on n'a pas à s'occuper, comme pour les brancards à têtière, de l'orienter, par rapport au blessé à relever, de façon à mettre la têtière du même côté que la tête du blessé; on peut y placer l'homme indifféremment dans un sens ou dans l'autre, par le côté le plus proche et le plus commode pour la manœuvre, — avantage évident en toute circonstance, mais surtout dans les cas où l'on n'a pas assez de place pour faire évoluer aisément son brancard en vue de son orientation. Et c'est surtout pour assurer cet avantage à son brancard que M. le Dr Da Cunha-Bellem a donné à la toile l'agencement que nous venons de dire, et qu'il a résolument renoncé à le pourvoir d'une têtière, pièce dont il conteste l'utilité et fait ressortir les inconvénients dans son travail cité plus haut (1). Pour supporter la tête et le haut du corps du malade, il est d'avis que le sac du soldat ou un oreiller improvisé avec de la paille peuvent parfaitement suffire, et même valent mieux qu'une têtière faisant corps avec la toile du brancard.

Ce brancard se plie et se roule pour le transport, et se développe pour l'emploi, comme le brancard militaire français de l'ancien modèle, et il se démonte complètement; sa toile est amovible, mais il faut, pour pouvoir la changer, enlever préalablement une des traverses avec ses anneaux de support. Il est évidemment bien conçu, ingénieusement agencé, et d'apparence très satisfaisante; néanmoins, il me semble passible de quelques légères critiques... D'abord, malgré le renfort des courroies de tension de la toile en longueur, la fixité de forme du cadre est-elle suffisamment assurée par les traverses seules, disposées comme elles le sont? Ensuite, il y a beaucoup de pièces accessoires: une détente et un tourniquet pour la fixation, au bout des hampes, des anneaux qui portent les traverses et les pieds, — une petite targette et une courroie à boucle pour maintenir les pieds relevés, — trois courroies à boucle à chaque extrémité de la toile pour la fixer aux traverses et la tendre en long, courroies qu'il faut détacher pour plier le brancard et rattacher quand on l'a développé; — ce sont là bien des choses dont on a à s'occuper, au détriment de la rapidité des manœuvres, et bien des choses aussi plus ou moins susceptibles de se détériorer facilement entre des mains pressées ou peu soigneuses.

La *voiture légère d'ambulance* est une voiture à caisse courte et peu élevée, suspendue sur deux roues ordinaires, et abritée par une bâche de toile en forme de tente; elle s'attelle à deux chevaux, l'un dans les limons, l'autre en volée, ce dernier monté par le cavalier conducteur; elle reçoit deux brancards dans son intérieur, et deux infirmiers sur son siège, situé en avant et en contre-haut de la partie antérieure de la caisse. Celle-ci, dont les parois pleines n'ont que 67 centimètres de hauteur, est divisée en deux, dans le sens de sa longueur, par une cloison médiane un peu moins haute, qui sépare l'un de l'autre les deux brancards et empêche les deux blessés de se voir; aux extrémités de cette cloison médiane s'élèvent des tiges de fer soutenant la tige de bois longitudinale qui supporte la bâche de toile. La paroi arrière s'ouvre en deux battants pour le chargement, que l'élévation peu considérable du plancher de la voiture permet d'effectuer facilement sans complication de marchepied. Sous ce plancher, à l'arrière, sont logés, à droite un tonnelet à eau, à gauche un tiroir pour le matériel de pansements d'urgence. Le tonnelet, transversalement placé et présentant son robinet sous le bord droit du véhicule, est suspendu et agencé de façon à être facilement détachable et transportable pour le renouvellement de l'eau. Le tiroir présente une disposition intéressante : il est divisé en deux parties égales, mobiles l'une sur l'autre au moyen de charnières réunissant les deux moitiés de son fond; quand la moitié antérieure est amenée au dehors, elle se replie par en bas, démasquant les casiers de la moitié postérieure qui ne peut être tirée plus loin, et présentant elle-même au-dessous l'aspect d'une petite armoire à compartiments et tiroirs superposés dans le sens vertical. Enfin, sur les côtés de la voiture et surplombant les roues, deux caisses sont fixées, qui servent à loger les gouttières et accessoires encombrants et les réserves d'objets de pansements.

Cette voiture, avons-nous dit, est courte : les brancards ordinaires, avec leurs manches fixes, étant trop longs pour pouvoir y trouver place, M. le Dr Da Cunha-Bellem a dû parer à cet inconvénient en imaginant un système de manches pliants spéciaux pour les brancards destinés à être transportés par elle. Ces manches pliants sont constitués par une pièce de fer en forme d'équerre, qui se rattache à l'extrémité de la hampe par l'intermédiaire d'une articulation métallique à genou, et dont les deux branches perpendiculaires l'une à l'autre font tour à tour office de pied; lorsque la branche extérieure, qui sert de manche, se rabat pour servir de pied, l'autre se relève pour aller se fixer sous la hampe correspondante. La première de ces deux pièces est creuse, terminée par une roulette, et contient dans son intérieur un ressort spiral disposé de manière à amortir les secousses du transport.

La *voiture régimentaire* est, comme la précédente, à deux roues, et à caisse peu profonde; sa partie supérieure a la forme d'un toit, et se compose de deux volets qui s'ouvrent en se rabattant en dehors; sa paroi postérieure est abattante et disposée de façon à former marchepied quand elle est abaissée. Cette voiture reçoit dans son intérieur les caisses d'ambulance, sur son toit la table à opération, et extérieurement, soutenus le long de ses parois latérales par des supports en fer, quatre brancards de chaque côté, roulés, et abrités par des couvertures de toile imperméable; au-dessous de la caisse, deux tonnelets à eau semblables à celui de la voiture légère d'ambulance. — Quoique spécialement affectée au transport du matériel, la voiture régimentaire peut au besoin, après avoir été débarrassée de son chargement normal, être utilisée pour le transport des blessés, et cela grâce à l'ingénieuse disposition des deux volets qui forment son toit. Ces volets, qui se rabattent en dehors, sont composés de deux moitiés longitudinales articulées à charnière; la moitié qui tient au bord supérieur de la paroi latérale de la voiture vient s'abattre en dehors sur les robustes supports extérieurs qui soutiennent les brancards, et elle forme un siège, dont la moitié libre du volet, relevée et convenablement fixée à angle droit par des crochets, vient constituer le dossier; chacun des sièges latéraux ainsi obtenus peut recevoir quatre blessés assis.

La *table à opérations* se compose de quatre panneaux de bois articulés les uns avec les autres, et reposant sur un cadre bois et fer, supporté par une charpente métallique pliante. Repliée, avec les deux bouts de ses supports métalliques débordant, comme des manches, chacune des extrémités, cette table ressemble à une civière dépourvue de pieds; et, de fait, disons en passant que son emploi éventuel à titre de civière a été prévu par le Dr Da Cunha-Bellem, à qui elle est due.

(1) *Loc. cit.*, p. 17-19.

Quand elle est développée et dressée, ses supports extrêmes, reliés l'un à l'autre dans le sens transversal, ne sont pas perpendiculaires au plan du cadre, mais divergent de dedans en dehors et de haut en bas, et ils sont agencés de telle sorte, que l'on peut faire varier leur inclinaison plus ou moins, suivant que l'on veut diminuer ou augmenter la hauteur du cadre au-dessus du sol. Grâce aux articulations des plateaux de bois et à des encoches ménagées sur les bords supérieurs du cadre qui les supporte, on peut, dans de certaines limites, faire varier la forme de la table.

Nous remarquons encore, dans cette très intéressante exposition, la *trousse du médecin*, dont l'agencement est assez original et semble devoir être bien commode. Cette trousse, en maroquin, se développe en quatre volets inégaux rayonnant, comme les quatre branches d'une croix, autour d'un feuillet central sur lequel sont fixés, avec la plupart des instruments, des tubes de verre à fermeture métallique contenant des ampoules de solutions pour injections hypodermiques, les autres instruments et les autres objets accessoires étant répartis sur les volets périphériques.

Signalons enfin, comme méritant aussi un examen attentif, le havresac d'ambulance, la musette à pansement, la cantine à pansement surmontée de la cantine de pharmacie, tout cela bien combiné et bien garni; la tente d'ambulance démontable, etc...

Après cette exposition, nous n'avons plus, dans cette région, rien à voir qui se rattache à notre étude, et c'est maintenant à la classe 16, Palais des Sciences au Champ de Mars, que nous allons aller la poursuivre, non sans avoir donné un coup d'œil, avant de sortir du Palais, à la belle maquette de l'Hôpital militaire de Potsdam, que nous voyons dans la section Allemande, à droite de l'allée centrale, et dont une notice nous explique en détail l'ordonnance.

(*A suivre.*) Ch.-H. PETIT VENDOL.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 janvier 1901. — PRÉSIDENCE DE M. le Dr NETTER.

Non rétractilité du caillot sanguin dans la variole hémorragique.

MM. HAYEM et BENSAUDE ont constaté que dans la variole hémorragique grave, comme dans le purpura et les empoisonnements par le venin, le caillot sanguin n'est pas rétractile; cette altération provient sans doute de la pénétration dans le sang du produit toxique, l'agglomération des hématoblastes, la formation de concrétions sanguines par précipitation, par obstruction des petits vaisseaux par embolie et production d'infarctus et d'hémorragies de la muqueuse.

Iodobenzoïlmagnésium dans la diphthérie des poules.

M. GAUBE, dans une épidémie de diphthérie chez les poules d'une ferme, pratiqua des injections de cette substance et vit les fausses membranes disparaître rapidement.

MM. NOCARD et MARTIN font remarquer que cette diphthérie qui n'est pas due aux bacilles de Lœffler guérit spontanément et ne peut rendre compte de ce qui se passait dans la diphthérie de l'enfant.

Action du mucus sur l'organisme.

MM. CHARRIN et MOUSSU ont recueilli du mucus frais sur les voies respiratoires des grands animaux; le battant dans 30 ou 40 fois son poids d'eau salée à 8 0/00, ils l'injectent dans la veine de l'oreille du lapin après filtration; 5 à 10 centigrammes par kilogramme d'animal suffisent pour amener la mort en 2 minutes; le sang se coagule très vite, on trouve dans le ventricule droit des caillots naissants, qui ne dialysent pas.

Or en clinique, ce mucus abonde dans l'économie, il augmente dans une foule de cultures microbiennes; l'intensité et la netteté du pouvoir coagulant font comprendre l'intérêt des recherches sur ce sujet.

Sérum de lapin.

M. LECLAINCHE (de Toulouse), a remarqué que le sérum de lapin, ayant reçu des injections d'urines albumineuses, ajouté à ces mêmes urines, précipitait les substances ayant le caractère de l'albumine. Le sérum de lapins normaux ne produit pas les mêmes modifications.

MM. PHISALIX et TRIBONDEAU, étudient un champignon parasite d'une maladie de peau de Haïti, connue sous le nom de *tokelo*.

M. REVAUD (de Lyon), étudie la spermato-genèse chez les mammifères.

Néphrocytes.

M. DE RIBAUCOURT. — Il existe chez une foule d'animaux, outre les organes habituels de l'excrétion (reins, organes segmentaires, néphridies, paranéphros, mésonéphros, etc.), une grande variété de cellules dont la fonction excrétrice est admise; le nom de *rein* ne s'applique pas à ces cellules; l'auteur propose d'appeler *néphrocytes* toute cellule excrétrice ne formant pas appareil et dont l'excrétion permanente ou passagère s'opère directement ou indirectement; et *néphrocytose* la fonction de ces cellules. Les cellules chloragogènes, les cellules uriques, les amybocytes du sang rouge, etc., sont des néphrocytes. E. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 janvier 1901. — PRÉSIDENCE DE M. JOFFROY.

M. JOFFROY, président, en une spirituelle allocution, remercie ses collègues de l'avoir élevé à la présidence et fait un délicat éloge de M. Troisier, son prédécesseur, de M. Rendu, secrétaire général, et des autres membres du bureau.

Pneumothorax suffocant.

M. GALLIARD a traité une malade, accouchée récemment, atteinte de pneumothorax suffocant à la suite d'une pneumonie probable. Cette malade avait une expectoration des plus fétides. Une ponction exploratrice ne donna lieu qu'à une très faible quantité de liquide contenant des pneumocoques, le bruit de succussion n'était pas perçu. La pleurotomie fut pratiquée dans le huitième espace intercostal. Il ne sortit pas de liquide, mais des gaz fétides. La température, le soir, restait à 39°, mais le lendemain matin la température était à 37°. La plaie ne suppurait pas, bien que l'expectoration modifiée persista, mais moins fétide. Après des alternatives de fièvre et d'apyrexie, la malade eut une amélioration très sensible. Le pneumothorax persiste, est même devenu total, mais l'état du poumon et l'état général sont relativement bons. La malade sortit de l'hôpital et partit peu après pour l'Italie, son pays natal.

M. CHAUFFARD fait remarquer que l'étiologie de pneumothorax observé par M. Galliard reste un peu obscur. Il signale un cas qu'il a lui-même observé, où une pleurésie purulente interlobaire, causa un pneumothorax secondaire, ce qui fut vérifié à l'autopsie. Peut-être le même phénomène s'est-il observé ou quelque chose d'analogue dans le cas de M. Galliard.

Diagnostic de la pneumonie chez l'enfant par la radioscopie.

M. VARIOT a fait des recherches radioscopiques sur le diagnostic de la pneumonie chez l'enfant. La radioscopie est en pareil cas préférable à la radiophotographie. La radioscopie permet de diagnostiquer quelques cas de pneumonie centrale avant que l'inoculation et la percussion puissent permettre le diagnostic. Le foyer pneumonique donne lieu à une tache d'ombre foncée; elle est ordinairement unilatérale. L'ombre radioscopique n'est, certes, pas pathognomonique, mais elle permet de préciser le diagnostic, en s'aidant des autres symptômes.

M. Le Noir a examiné des malades ayant passé la période de défervescence de la pneumonie ; l'ombre radioscopique persisterait encore.

M. Variot, chez les enfants, a vu persister l'ombre radioscopique après la défervescence, mais cette ombre s'atténuait de jour en jour.

M. Barth demande s'il est bien utile de soumettre à l'examen radioscopique des enfants très malades, dont on peut diagnostiquer la maladie avec l'auscultation sans leur imposer de fatigues. Il considère dans ce cas la radioscopie comme une méthode de laboratoire.

M. Variot est persuadé que souvent le diagnostic de la pneumonie centrale chez l'enfant est d'une difficulté insurmontable. Il est certain que la radioscopie n'est pas assez perfectionnée pour être toujours utilisée, mais dans son service il est suffisamment bien outillé pour pratiquer ces examens sans danger pour les malades.

M. Sevestre est de l'avis de M. Variot sur la difficulté du diagnostic de la pneumonie des enfants, mais il considère l'examen radioscopique comme une méthode de laboratoire.

J. N.

Séance du 18 janvier 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Isolement des agités dans les hôpitaux.

Sur la proposition de M. Legendre, le vœu suivant est adopté : « Qu'il soit créé dans chaque hôpital un local d'isolement pour les agités temporaires. »

M. Chauffard pense qu'il est nécessaire d'étudier un nombre assez considérable d'améliorations à apporter dans les hôpitaux.

M. Millard propose de nommer dans ce but une commission. Elle sera composée de MM. Millard, Barth, Béclère, Chauffard, Faisans, Legendre et Troisier.

Eléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien.

MM. Widal, Sicard, Ravaut et Monod, après de nombreuses recherches ont toujours trouvé par la centrifugation des lymphocytes et des leucocytes polynucléaires plus rares dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et des diabétiques. Ces éléments ont toujours manqué dans le liquide céphalo-rachidien des malades dont les méninges n'étaient pas altérées.

Paraplégie du mal de Pott.

M. Touche insiste avec de nombreux faits cliniques et des coupes histologiques à l'appui sur la dissociation et la variabilité de la paraplégie dans le mal de Pott. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 janvier 1901. — Présidence de M. Richelot.

Des fractures du crâne.

M. Poirier communique une observation de fracture probable de l'étage antérieur de la base du crâne, compliquée de méningo-encéphalite et guérie par la trépanation ; le malade avait fait une chute sur le côté droit de la tête; il monta quelques marches de l'escalier et tomba sans connaissance ; il y eut hémorragie par le nez, puis, trois jours après, ecchymose conjonctivale; cinq jours après le traumatisme, le malade alla à son travail, mais le jour même il fut pris de céphalalgie, puis de délire, ce qui amena de nouveau son transport à l'hôpital. T. 30°,8, pouls 60. M. Poirier, le lendemain, décida l'intervention, qui consista en une trépanation bilatérale, au-dessus des oreilles, enlevant un volet de 4-5 centimètres de large et de haut. L'incision de la dure-mère donna issue à un liquide poisseux, qu'ils avaient déjà obtenu par la ponction lombaire. Deux drains furent placés de chaque côté. Le quatrième jour, la température tomba à 37° et le dixième jour on put retirer les drains, le malade est actuellement guéri. Le liquide que l'on a retiré a été cultivé et a donné dans les deux cas du staphylocoque blanc et dans un cas du staphylocoque doré. Cette observation est fort intéressante au point de vue du résultat obtenu

De la radiographie dans les projectiles intra-craniens.

M. Tuffier fait un rapport sur deux observations de M. Mauclaire, au point de vue des renseignements que peut donner la radiographie dans les corps étrangers intra-craniens. Dans le premier cas la radiographie a parfaitement prouvé la présence du projectile dans l'orbite, d'où on a pu le retirer. Dans le deuxième cas, où la balle a pénétré d'un côté pour se loger dans le lobe frontal opposé, la radiographie a permi aussi de la déceler et de la retirer.

M. Tuffier a observé plusieurs cas de ce genre. Dans un cas même, où le malade affirma ne s'être tiré qu'une balle, la radiographie en décela deux que l'intervention montra être les deux moitiés de la balle ; cette dernière avait dû se briser contre l'os temporal.

M. Contremoulin a actuellement 28 cas dans lesquels le corps étranger a pu être retiré grâce à son appareil.

M. Michaux apporte un cas qui rentre tout à fait dans la catégorie de ceux de M. Tuffier, et dans lequel l'appareil de M. Contremoulin permit de trouver et d'extraire la balle qui s'était logée dans le côté opposé à son orifice d'entrée.

Des plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Rochard fait un rapport sur trois cas de plaie pénétrante de l'abdomen, dont deux par coup de couteau ; dans un de ces cas il ne trouva, à l'intervention, qu'une petite hémorragie, sans lésion intestinale ; le malade guérit ; dans le deuxième cas, la plaie intéressait à la fois le thorax et l'abdomen ; de l'épiploon sortait par la plaie ; il le réséqua et le réduisit en faisant une laparotomie latérale ; à ce moment il se produisit un pneumo-thorax : il ferma la plaie diaphragmatique et examina l'intestin, ce qui lui montra une plaie du colon transverse qui fut suturée ; le malade guérit.

M. Rochard fait observer à ce sujet qu'il faut distinguer les plaies par coup de feu de celles par arme blanche ; dans ces dernières le dévidement de tout l'intestin ne parait pas nécessaire.

Quand la plaie a traversé le diaphragme, M. Auvray propose de faire une résection costale pour mieux voir et agir. M. Rochard pense que la voie transpleurale était, dans ce cas, indiquée et elle lui paraît préférable.

M. Walther, à l'occasion des plaies transpleurales, rapporte une observation où il a fait une opération transpleurale ; il a évité le pneumothorax, en fixant à l'aide de deux pinces de diaphragme, au niveau de la plaie, où il a été ensuite suturé. Le malade a parfaitement guéri.

M. Tuffier pense, comme M. Rochard, qu'on n'a point besoin de dévider tout l'intestin dans les plaies par arme blanche.

M. Delomme approuve M. Rochard pour ce qu'il a dit de la voie transpleurale.

M. Chaput fait observer qu'il y a des cas où il n'y a pas certitude absolue que l'intestin n'est pas blessé sur plusieurs endroits, il vaut mieux le dévider.

M. Poirier est également partisan de la voie transpleurale, et le pneumothorax qui peut se produire n'est pas aussi grave qu'on semble le croire.

M. Michaux est d'avis qu'il faut absolument éviter le pneumothorax, si possible, ou du moins le limiter.

M. Bazy déclare que le pneumothorax chirurgical est absolument inoffensif, si on le fait progressivement.

M. Quénu proteste énergiquement contre les idées émises par M. Bazy.

M. Sebileau présente une observation fort intéressante de lymphadénome du médiastin, dont il apporte la pièce à la Société de chirurgie. Schwartz.

Séance du 23 janvier 1901. — Présidence de M. Richelot.

M. Mignon apporte une observation au nom de M. Loison et au sien, confirmant les faits avancés dans la dernière séance, à savoir la grande utilité de la radiographie pour déceler les projectiles intra-crâniens.

Plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Loison, à l'occasion de la précédente communication de M. Auvray, présente une observation de coup de pied de che-

val sur la région thoracique inférieure avec rupture de la rate, l'état général du malade, le lendemain, nécessita une intervention, qui fit constater une hémorragie extrêmement abondante et une rupture splénique de deux ou trois centimètres. M. Loison épongea le sang et fit un tamponnement, en laissant la rate; le malade, deux mois après l'intervention fut complètement guéri; le cas de M. Loison date du mois d'octobre 1898

Traitement de l'appendicite.

M. Poirier apporte soixante cas d'appendicite, à l'occasion desquels il fait quelques réflexions au sujet de la thérapeutique de cette affection. Depuis deux ans, M Poirier a toujours opéré d'urgence toute appendicite aiguë, dès que le diagnostic est fait; l'appendice est recherché laborieusement et toujours désigné. Or, en 1898, sur 26 appendicites opérées, dont 19 aiguës, il y eut 17 succès; en 1900, sur 20 cas, il y eut 19 guérisons; dans sa pratique extra-hospitalière, où l'intervention d'urgence n'est pas toujours possible, il eut, sur 14 appendicites, 4 insuccès. M. Poirier ne craint pas d'ouvrir toujours et largement le péritoine.

M. Morestin lit un mémoire sur les rétrécissements du pharynx d'origine syphilitique, dont il présente deux cas.

M. Delbet présente un procédé de suture et d'hémostase du foie, qui consiste à faire passer le fil dans des fragments d'os décalcifié, sous forme de petites viroles qu'il dispose en un véritable chapelet, de chaque côté de la tranche hépatique; fait sur des chiens, ce procédé a toujours donné d'excellents résultats. Schwartz.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 8 janvier 1901. — Présidence de M. Sevestre.

M. Tollemer fait une communication sur un *cas de pneumonie à bacille d'Eberth dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.* Il s'agissait d'un enfant qui venait de faire une fièvre typhoïde de moyenne intensité, bien caractérisée par son ensemble symptomatique; l'examen du sang par la réaction de Vidal avait donné, dès le quatrième jour de la maladie, un résultat positif; les taches rosées s'étaient montrées du sixième au seizième jour. Les suites de la maladie étaient régulières, et la convalescence commençait, lorsque l'enfant fut pris brusquement d'un point de côté à gauche, siégeant assez bas, violent, non exagéré par la pression, en même temps que d'une gêne respiratoire qui semblait surtout en rapport avec cette douleur. Pendant les trois premiers jours, la température (T. R.) resta au-dessous de 38° ou ne dépassa que fort peu ce degré. Elle s'éleva ensuite, et les signes de la pneumonie, d'abord latente, s'accusèrent de façon indiscutable. La défervescence — chute brusque, puis lysis — fut complète au dix-septième jour. Deux crachats seulement purent être recueillis pendant le cours de cette pneumonie, et servirent à une série d'études (examen microscopique, cultures et inoculations) qui permirent d'y reconnaître l'existence de bacilles d'Eberth et de streptocoques. M. Tollemer attribue la pneumonie dans ce cas au bacille typhique et non au streptocoque.

M. Guinon fait remarquer que cette pneumonie s'est présentée, comme bon nombre d'autres complications de la fièvre typhoïde à une époque assez avancée de la maladie. Il regrette que M. Tollemer n'ait pas recherché le bacille de Pfeiffer.

M. Legendre fait deux communications successives :

1° Sur un cas de *convulsions bravais-jacksonniennes suivies d'hémiplégie; guérison par le traitement spécifique;* 2° Sur un cas *d'hémoglobinurie paroxystique guérie par le traitement spécifique.*

1° Dans le premier cas, le petit malade, enfant de quinze mois, fut pris brusquement, sans cause déterminante appréciable, de convulsions généralisées, mais avec prédominance du côté droit, et présenta ensuite une hémiparésie du même coté. Dans la même journée, une seconde crise survint, dont M. Legendre fut témoin, et qui offrit tous les caractères de l'épilepsie jacksonnienne, et l'état convulsif se prolongea presque sans interruption pendant plusieurs heures. En face de ces accidents alarmants et de diagnostic causal obscur, M. Legendre se rattacha à l'espoir qu'il s'agissait peut-être là de manifestations d'origine syphilitique, bien qu'il n'eût, pour étayer cette hypothèse, que ces trois données : l'enfant était né d'un père syphilitique, c'était un prématuré, et il avait le crâne natiforme. Il institua, en conséquence, un traitement spécifique énergique par les frictions hydrargyriques et l'iodure de potassium. M. Babinsky, appelé en consultation, approuva le traitement, tout en faisant des réserves à l'égard d'une tumeur cérébrale. Pendant huit jours, l'état du petit malade ne se modifia pas; les convulsions se reproduisaient fréquemment, empêchant l'alimentation, et obligeant à administrer des substances alimentaires et l'iodure en lavements, qui furent d'ailleurs mal supportés. Une nouvelle consultation eut lieu avec M. Comby, qui fut d'avis d'insister sur le même traitement, mais se montra très préoccupé au point de vue de l'issue de la maladie. Sur ces entrefaites, survint une entéro-colite avec fièvre intense, entéro-colite probablement provoquée par les lavements alimentaires et iodurés. Puis, au bout de huit jours, les convulsions diminuèrent, s'espacèrent de plus en plus, l'alimentation redevint possible, et enfin, au quatorzième jour, les convulsions avaient définitivement cessé et les mouvements avaient reparu. La convalescence fut rapide.

2° Dans le second cas, la malade était une fillette de six ans, ayant présenté dès sa naissance des accidents hérédosyphilitiques qui avaient cédé au traitement par la liqueur de Van Swieten, et ayant eu plus tard un peu de rachitisme costal et fémoro-tibial. Le traitement spécifique avait été négligé, non soutenu. Cette enfant eut un premier accès d'hémoglobinurie paroxystique l'été dernier, aux bains de mer, mais il avait été méconnnu. Un second accès typique se manifesta quelque temps après son retour à Paris; puis, après une rémission de quelques jours, survint une nouvelle reprise, dont on eut rapidement raison par le traitement spécifique (frictions et iodure).

M. Variot présente une fillette, convalescente de chorée, et chez laquelle on constate un souffle systolique très fort, à la pointe et se prolongeant vers l'aisselle. Ce souffle avait fait penser tout d'abord à une lésion mitrale; mais il n'y a jamais eu de signes d'endocardite, et l'analyse de tous les caractères de ce bruit anormal montre que c'est un souffle extra-cardiaque. M. Variot montre des schémas de radioscopies ayant trait à ce cas, et fait ressortir les services que peut rendre la radioscopie au point de vue de l'appréciation exacte des variations de volume du cœur.

MM. Guinon et Ch. Leroux citent d'autres cas de souffles extra-cardiaques, parfois très forts, qu'ils ont eu l'occasion d'observer chez des choréiques.

M. Sevestre cite aussi un fait du même genre. Chez un adolescent convalescent de chorée, il constata l'existence d'un souffle qu'il considéra comme un signe bien net d'affection mitrale, d'autant que le malade avait des rhumatisants dans ses antécédents et fut lui-même ultérieurement atteint du rhumatisme. Mais un ou deux ans plus tard, les variations considérables de ce souffle suivant les différentes positions du sujet le firent revenir sur son opinion première, et l'amenèrent à admettre que c'était un souffle extra-cardiaque, et M. Potain, alors, fut du même avis. Or, M. Sevestre a revu, depuis lors, ce jeune malade, devenu un homme maintenant, et il a constaté que le souffle a complètement disparu.

M. Guinon lit ensuite une note de M. Comby sur la *gingivite érythémato-pultacée.* M. Comby dit que ce signe n'est pas absolument spécial à la rougeole, qu'il peut faire défaut dans cette maladie et se montrer dans d'autres cas, la scarlatine, par exemple; mais il ne l'en considère pas moins comme un signe de grande valeur, étroitement en rapport avec l'érythème rubéolique et ne s'en dissociant que rarement.

M. Courcoux présente au nom de son maître, M. Méry, et au sien, une intéressante pièce *d'adénopathie trachéo-bronchique* provenant d'un enfant de 22 mois, qui, après deux accès de suffocation survenus dans une même journée, succomba la nuit même dans un troisième accès. La pièce montre nettement la compression du pneumogastrique par l'un des ganglions malades. — Il communique ensuite une observation du *spasme de la glotte.*

M. Méry complète ces deux communications par des remar-

ques sur la pathogénie de la suffocation dans les affections en question.

Elections. — M. KIRMISSON, président. M. SEVESTRE, vice-président. MM. VILLEMIN et TOLLEMER, secrétaires. M. RICHARDIÈRE, trésorier. Ch.-H. PETIT-VENDOL.

THÉRAPEUTIQUE

Les propriétés thérapeutiques de l'Hélénine.

Le Dr de Korab a exposé dès 1882, à la Société de Biologie, les propriétés de l'Hélénine, principe actif de l'Aunée (*Inula Helenium*), synanthérée que Pline, Dioscorides et Galien avaient déjà rendue célèbre.

M. de Korab a complété ses recherches dans une note à l'Académie des Sciences (4 sept. 1882) et dans une communication au Congrès de Thérapeutique de 1889 (3 août). Il a démontré qu'au point de vue physiologique, ce principe est un modérateur des réflexes et de la nutrition, un important agent eupeptique, un modificateur puissant du tissu des bronches et du système glandulaire en général. Des recherches plus récentes ont établi son action antibacillaire et son influence cicatrisante. L'emploi des globules, du sirop et du tonique à base d'hélénine de Korab ont vérifié en clinique les données précieuses de la physiologie. Les globules du Dr de Korab calment la toux, même lorsqu'elle se manifeste sous forme de quintes rebelles. Ils modifient et tarissent l'expectoration (asthme, emphysème, bronchites chroniques), améliorent les bronchites des tuberculeux. L'hélénine de Korab a, en outre, la précieuse propriété pour ces derniers malades d'exciter l'appétit et de faciliter la digestion. Hamonic et Parisot ont démontré la valeur de l'hélénine dans les leucorrhées. L'administration de l'hélénine de Korab en tonique au Malaga, supprimant la leucorrhée et améliorant les fonctions digestives, est donc très indiquée dans le traitement de la chloro-anémie. On peut donc conclure que l'Hélénine de Korab, extraite avec le plus grand soin du camphre ou essence d'Aunée, est un agent thérapeutique de premier ordre, capable de rendre les plus grands services aux praticiens.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr Paul CORNET.

I. — Traitement de l'impuissance virile.

I. — C'est le titre d'un travail présenté par le Pr Zabludowski (de Berlin), au 71e Congrès des Naturalistes et médecins allemands (1). Essayons de transmettre, dans les meilleures conditions d'ordre et de clarté, pour le lecteur français, la méthode thérapeutique préconisée par l'auteur,

De suite et en deux mots, il s'agit essentiellement d'une cure de *massage* appliquée à des *neurasthéniques* d'une certaine catégorie, soit : avec éjaculation prématurée, érections faibles, spermo-prostatorrhée, en tant que symptômes isolés ou associés. Chez les malades mis au traitement, il y avait : organes génitaux particulièrement flasques, pénis ratatiné, testicules atrophiés. Chez d'autres, rien d'anormal en apparence, mais au simple toucher : points douloureux au périnée, aux testicules, à la prostate, et parfois jusqu'à la face interne du tiers supérieur de la cuisse en bas jusqu'au coccyx, en haut jusqu'à l'épine dorsale. Bien plus d'hypersthéniques que d'asthéniques, et aussi bien, avec anémie et maigreur, qu'avec pléthore abdominale. Les uns s'étaient livrés dans le jeune âge à la masturbation, plus tard aux excès vénériens ; les autres avaient des suites de gonorrhée ou subi localement un traitement de longue durée : bougies, électrodes, anthrophores, etc.; et parmi ces derniers, la cause du mal était attribuable à une longue abstinence de coït, tandis que les troubles d'éjaculation et d'érection étaient accompagnés parfois, chez ces malades, de pertubation urinaire : incontinence diurne. Enfin, dans certains cas, il fallait incriminer des livres de médecine populaire, dont la lecture portait sur le thème en question. Chez presque tous, un certain degré d'hypocondrie, avec maximum aux jours de constipation.

But et principe de la méthode. — Par son traitement, le Dr Zabludowski se propose : d'une part, de faciliter au malade l'abandon de ses mauvaises habitudes, et d'autre part, de modifier la vaso-motricité génitale; ensuite, de favoriser la nutrition générale ainsi que les échanges nutritifs; enfin, de relever la confiance du malade en sa faculté sexuelle.

Le massage est plus ou moins local et peut être ainsi, par extension, à la fois sexuel et général. Quant à son influence, elle s'exerce : 1° directement, sur les organes génitaux et annexes; 2° par voie reflexe ou par irradiation sur la moelle épinière; 3° par tout le corps, sur les téguments, les muscles, les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Enfin, la méthode de traitement est la même pour les pollutions, la spermatorrhée, la prostatorrhée, l'impuissance.

Technique du massage. — Le malade occupe une position variable (décubitus dorsal, latéral, abdominal, genu-cubital (genou et coudes), suivant les indications manipulatoires.

Pour le *massage des testicules*, c'est le décubitus dorsal sur un long sopha, les jambes alternativement fléchies et étendues. Chaque testicule est saisi à partir du raphé scrotal et pétri séparément avec les phalangettes du pouce et de l'index des deux mains ensemble, cela jusqu'à la moitié de la superficie de chaque testicule, tantôt l'une, tantôt l'autre. Alors on peut exercer de fortes pressions sans incommoder le malade, tandis qu'en saisissant et comprimant les testicules par deux côtés et non plus sur un seul et même, on est réduit à des manœuvres très légères et sans efficacité. Après chaque massage testiculaire, on manipule de même, du raphé scrotal vers chaque testicule, et sans omettre l'*épidydime* ni les *cordons spermatiques*.

Après les testicules, le *périnée* ainsi que la *région inguinale*, on pratique sur la région bulbeuse de l'urèthre des pressions intermittentes et des secousses (Erschütterungen), en comprimant fortement le raphé périnéal avec les trois doigts médians et mettant l'avant-bras depuis le coude en mouvement oscillatoire; on fait alterner ce mouvement avec des vibrations produites par les pointes des doigts. Chez les malades très-hypersthéniques, on manipule simultanément, à partir, et du raphé scrotal, et du périnée et de la face interne de la cuisse. A cet effet, la main gauche exerce pressions et secousses au raphé scrotal et au périnée, tandis que la main droite pétrit la musculature interne de chaque cuisse.

L'*anus* est également massé en y pratiquant des secousses, en décubitus dorsal, les jambes légèrement écartées et les doigts de pieds en dedans, de manière à tendre le périnée. Les trois doigts médians de la main droite sont fortement appuyés sur l'anus, par l'intermédiaire d'un linge, et livrés à de courtes et rapides oscillations. Le massage anal fait d'ailleurs partie du *massage abdominal*, lequel succède toujours au traitement des organes génitaux et annexes. Très utile aussi le massage abdominal, dans la spermatorrhée de défécation ; il a lieu par pétrissage et secousses, en décubitus dorsal, puis latéral. puis genu-cubital (genou et coude) si la constipation est opiniâtre. Dans cette dernière position, l'action du massage sur la *vessie* est particulièrement avantageuse, de même que le décubitus latéral convient bien au massage du *segment inférieur de l'intestin*. Quant au décubitus abdominal (sur le ventre), il permet de percutter avec les points fermés le long des *régions lombaire* et *sacrée*. De plus, on presse avec les pouces, des deux côtés des apophyses épineuses, *du coccyx à la nuque*, en excitant les *nerfs intercostaux* par des vibrations dans les mêmes directions bilatérales, dans les espaces entre deux vertèbres. L'excitation du *nerf occipital*, du *nerf cervical* est produite, en appliquant sur le muscle trapèze, d'un côté le pouce de la main droite, de l'autre côté les quatre doigts, et provoquant entre le pouce et les doigts des mouvements rapides et successifs de rapprochement et d'éloignement.

Le *massage de la prostate* peut être spécialement indiqué.

(1) Zur Therapie der Impotentia virilis. Nach einem in der Abtheilung für innere Medicin der 71. Versammlung Deutschen Naturforscher und Aerzte in München gehaltenen Vertrag (Sonderabdruck aus der *Zeitsch. für diät. und phys. Therap.*, 1899, Bd III, H. VII. Verlag von G. Thième in Berlin).

Alors on introduit l'index droit dans l'anus, le malade étant en décubitus dorsal, le genou gauche fléchi sur la cuisse droite étendue; puis, de bas en haut, on pratique du bout de la phalangette des pressions régulières et isochrônes; environ cinquante par minute, en évitant les frottements latéraux sur la surface interne du rectum. En même temps on masse la *vessie* par pétrissage et vibrations de la main et des doigts gauches, et dans le sens vertical et horizontal. Ce massage bimanuel du rectum et de l'abdomen, au-dessus de la symphyse, ne demande pas au total plus de deux minutes.

Ordre des manipulations, à un point de vue général, car toutes les manœuvres ne sont pas nécessaires, mais peuvent être réduites ou simplifiées suivant les cas particuliers; 1° décubitus dorsal. Massage des testicules, épidydimes, périnée de la cuisse avec le testicule ou le périnée, de celui-ci avec la vessie; pétrissage et percussion de la face interne de la cuisse, de l'abdomen. *Mouvements passifs* : abduction et adduction de la cuisse, etc.

2° Decubitus latéral, droit et gauche. Massage de l'abdomen, de l'anus et de la région périnéale.

3° Decubitus genu-cubital (coudes et genoux). Massages de l'abdomen et plus spécialement de la vessie.

4° Decubitus abdominal. Nouveau massage de la région anale : tapotage, pétrissago, pressions sur toute la moelle épinière; ensuite, massage de la nuque par une main, du coccyx par l'autre; mouvements passifs des membres inférieurs.

5° Enfin, et pour des cas particuliers, nouveau decubitus dorsal. Massage de la prostate associé à celui de la vessie, au-dessus de la symphyse.

Rôle des manipulations. — Voici comment M. Zabludowski explique leur action : il y a tout d'abord influence mécanique directe sur les organes secréteurs et conducteurs du sperme, ainsi que sur leur musculature; puis sur les testicules, les épidydimes, les vésicules séminales, les canaux excréteurs et les muscles correspondants. Après quelques séances, toute sensibilité exagérée en ces divers points a disparu, de même que par la palpation du scrotum, de la cuisse et du périnée, les muscles correspondants, d'atones qu'ils étaient, sont bientôt devenus élastiques et fermes. Les manœuvres sur l'abdomen et la cuisse, en fortifiant nerfs et muscles favorisent l'activité de coordination et d'association du système génital, aussi bien dans les troubles à forme paralytique que spasmodique. C'est par le meilleur état de la nutrition qu'il faut expliquer la guérison de vieux catarrhes dans les parties profondes de l'urèthre et annexes (uréthrite postérieure, vésiculite, prostatite), là où le traitement classique avait échoué; c'est d'ailleurs pour la même raison que l'auteur a guéri par le massage des ulcères de jambes, en respectant la plaie, pour n'agir que sur la périphérie. Par toute la série de nouvelles excitations que produit le massage sur l'appareil génital, celui-ci est sevré des excitations funestes : masturbation, etc. Et pendant tout cela la verge reste endormie; ce qui démontre que le massage n'est pas un aphrodisiaque, et que l'action sur la sphère génitale améliore l'état général, en relevant en particulier le système nerveux déprimé. D'ailleurs, si les manœuvres ne provoquent pas l'érection, même quand celle-ci, quoique faible est facile, c'est que le pétrissage et le tapotage avec pression sur une partie très sensible de la cuisse n'ont rien de bien voluptueux. De plus l'attention du malade est détournée par des ordres fréquents et variés, concernant les changements de positions et les mouvements passifs. Tous les autres temps d'une séance de massage ont leur action générale ou locale, directe ou reflexe, ou d'irradiation. Ne pas omettre *l'influence psychique* : le malade reprend confiance en sa faculté productrice, et à l'hypocondrie fait suite une sereine béatitude.

Traitement auxiliaire. — A côté de l'auto-suggestion, l'auteur fait usage systématique de la *suggestion verbale*. Pendant la durée du traitement principal (6 à 8 semaines), il est prescrit de s'abstenir de coït; d'ailleurs le malade en est assez détourné par l'énergie de la cure; et puis la durée d'abstinence peut être abrégée, en faisant par jour deux séances de massage. *Exercices modérés* : promenades, lawn-tennis, foot-ball, bicyclette, natation, canotage, équitation. En cas de nervosité exagérée, avec amaigrissement : pas d'exercices, mais *repos au lit*; quelquefois, *cure de Playfair-Mitchel*. Enfin, *régime* déterminé, et changement de milieu, de coutumes et d'entourage.

Conclusions. — L'auteur de cette méthode de traitement, termine son exposé par quelques remarques sur des cas spéciaux. Il s'agit dans l'espèce, de : pollutionnistes, spermatorrhéiques, prostatorrhéiques, de candidats au mariage, d'hommes mariés, enfin de malades avec impotence relative ou des désordres vésicaux. Nous croyons inutile de développer ici ces observations personnelles, croyant avoir suffisamment narré la méthode Zabludowski pour les besoins de l'expérimentation et du contrôle.

PAUL CORNET.

VARIA

Les guérisons miraculeuses et la science.

Conférence faite par le Dr TERRIEN (de la Vendée), ancien interne des asiles de la Seine.

Il y a quelque temps, je lançais en plein prétoire au cœur de la Vendée catholique cette virulente apostrophe à un curé qui m'avait diffamé (1). « Vous m'avez traité de charlatan, vous avez dit que j'usais de procédés diaboliques pour guérir mes malades, que je n'étais en somme qu'un « suppôt de Satan ». Et pourquoi? Parce que vous ragez de voir que j'ai pu faire marcher un paralytique hystérique, que j'ai pu donner la voix à un muet hystérique, rendre la vue à un aveugle hystérique, et cela instantanément, par un simple commandement, par la suggestion hypnotique, sans médication apparente, par la simple médication psychique. Et vous avez peur et vous tremblez que ces guérisons, par leur caractère d'instantanéité, viennent porter quelque ombrage, je dis le mot, à vos miracles de Lourdes. Vous avez peur que ces guérisons nuisent aux conceptions que vous avez pour mission de faire naître dans l'esprit de ceux à qui vous donnez vos soins religieux et moraux. Vous avez peur que le médecin nuise au prêtre. Et alors que faites-vous? Vous essayez de le tuer en l'écrasant sous l'épithète de charlatan. Mais vous aurez beau faire, vous n'arriverez pas à étouffer la science, à l'arrêter dans sa marche progressive, cette science que vous craignez, que vous redoutez tant, parce que vous aimez les ténèbres, que vous vous y mouvez plus à l'aise, pour faire accepter plus facilement l'erreur. Sachez-le bien : ce que je fais, c'est de la science, ce que mes maîtres font, c'est de la science. Tant pis pour vous si le développement de la science vient choquer vos idées, vient nuire à vos idées. »

Eh bien, Messieurs, cette violente apostrophe, je l'ai reproduite ici, parce que je l'ai choisie comme thème de ma conférence. Il y aura certes moins de hardiesse de ma part, vu la différence du milieu, mais j'estime que ce sujet n'en sera pas moins intéressant, surtout à cette fin de siècle, où l'attirance vers l'impénétrable, l'attraction vers l'occulte a l'air de vouloir nous captiver et nous dominer à nouveau. Il semble qu'on a soif encore du merveilleux, qui a si longtemps étreint l'humanité. Nous essaierons, si vous voulez, de mettre les choses au point, nous disséquerons ces faits prétendus d'ordre surnaturel, ces guérisons miraculeuses, comme on les dénomme, et, grâce aux lumières de la science, il nous sera facile de les éclairer, de montrer combien sont fausses les conceptions qu'on cherche à faire naître sur ces faits qui sont d'ordre au contraire purement naturel, exclusivement scientifique.

Oui, je le dis bien haut, ceux qui exploitent la crédulité humaine, souffrent et souffriront de plus en plus du développement de la science, car la science tuera, dans un avenir bien éloigné sans doute, mais elle tuera, si l'on envisage déjà le chemin parcouru, ces conceptions délirantes inventées par la folie religieuse et pour ne parler ici que des guérisons miraculeuses, des miracles, elle tuera les miracles, elle les annihilera, elle les étouffera.

(1) Le curé fut condamné, par le tribunal de la Roche-sur-Yon, à des dommages-intérets, à l'affichage du jugement et à l'insertion dans les journaux de la Vendée.

D'abord qu'entend-t-on par guérison miraculeuse? Une guérison qui n'est pas le produit de la science médicale, qui est en désaccord en un mot avec toutes les données scientifiques.

Les miracles sont aussi vieux que le monde. De tout temps on a signalé des guérisons miraculeuses. Chez les Egyptiens, dans le temple d'Isis, on opérait des miracles. Dans l'Inde, le dieu Vichnou guérissait des paralytiques. Jésus-Christ rendait, raconte l'Evangile, la vue aux aveugles, l'ouïe aux sourds, la parole aux muets. Il aurait même ressuscité les morts; mais ce dernier fait, je me permettrai de le contester, il est probable qu'il réveillait simplement les malades de leur état de mort apparente, de leur léthargie hystérique. Au moyen âge, l'histoire pullule de récits identiques. Et dans notre siècle, nous avons plusieurs champs d'exploitation pour les miracles, La Salette, Paray-le-Monial, Lourdes, Lourdes surtout, qui tient la tête aujourd'hui, laissant loin derrière lui tous les autres foyers à miracles et les effaçant tous. Là, la Vierge est plus puissante, c'est là qu'elle aime actuellement à prodiguer ses faveurs. Est-ce à dire que je nie l'existence de ces guérisons produites à Lourdes ou autres lieux, de ces guérisons d'un autre âge, les guérisons opérées par les dieux du Paganisme, par Jésus-Christ et ses disciples? Assurément non. Si beaucoup ont été amplifiées, grossies, les morts revenant à la vie par exemple, bon nombre de ces guérisons ont existé réellement. Je prendrai la liberté d'en citer deux dont j'ai été le témoin. L'une est relatée dans les *Archives de Neurologie*, numéro de décembre 1893, l'autre est encore inédite.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille de Sainte-Cécile, atteinte de parésie des jambes, de toux, d'hémoptysie, d'enrouement allant jusqu'à l'aphonie et qui est revenue de Lourdes guérie. Voici, du reste, l'observation telle que je l'ai rapportée dans les *Archives*, je cite textuellement.

Si je cite ce cas, disais-je, ce n'est pas parce que je compte à mon actif cette guérison, non, puisque c'est Lourdes qui l'a produite, je le cite pour montrer que l'auto-suggestion qui produit si bien les paralysies, etc., peut également les faire disparaître. Je veux aussi me servir de cet exemple, pour bien faire voir les erreurs que l'hystérie fait souvent commettre aux médecins qui se croient pourtant versés dans l'étude de la neuropathologie. Voilà une jeune fille P..., 21 ans, que j'ai soignée, il y a trois ans, d'une pleurésie à gauche avec épanchement : guérie de sa pleurésie, elle conserve une toux opiniâtre, crache le sang fréquemment, n'a pas d'appétit, dépérit à vue d'œil. Bientôt elle ne peut plus tenir sur ses jambes et il lui faut marcher à l'aide d'un bâton; de plus, il existe chez elle un enrouement très prononcé, allant jusqu'à l'aphonie. Les antécédents de la malade (pleurésie avec épanchement), et enfin tous ces caractères que je viens de tracer, me font porter un pronostic très grave, puisque, malgré l'absence de signes stéthoscopiques, je crois à la phtisie; le diagnostic ne semblait-il pas, du reste, justifié? N'ayant plus rien à espérer de son médecin, qui, je l'ai dit, l'avait condamnée, elle demanda à la Vierge une guérison que la médecine lui refusait. C'était une grande dévote, très confiante dans les pouvoirs de la Vierge de Lourdes. Elle trouve des âmes charitables qui lui paient son voyage. Elle part. A plusieurs reprises, on croit qu'elle va s'éteindre avant d'être arrivée. On la porte dans la piscine. Elle en sort, la voix redevient nette, les jambes retrouvent leur vigueur, l'anorexie s'efface, elle court déjeuner à l'hôtel, d'un bon appétit. On crie au miracle. Le retour à Sainte-Cécile, son pays, fut triomphal. On amène la malade dans mon cabinet, afin que je puisse constater la guérison et que je donne un certificat l'attestant. Je fus obligé de constater chez ma malade une amélioration très sensible, je dirai mieux, une guérison complète, au moins, en apparence.

Très sceptique de nature, je cherchai vite l'hystérie ne reconnaissant à la Vierge de Lourdes que le droit de guérir les hystériques. Eh bien! je vis avec stupéfaction, que j'avais fait une grosse erreur de diagnostic, ma phtisique n'était qu'une vulgaire hystérique, elle en portait les stigmates Elle gardait le rétrécissement concentrique du champ visuel. Elle avait eu souvent la sensation du boule hystérique, partant du creux épigastrique, remontant jusqu'à la gorge et la serrant jusqu'à l'etoufler. C'était de plus une ovarienne double. Et si l'on interroge son hérédité, on la trouve chargée au point de vue névropathique. Inutile d'ajouter que j'ai refusé tout certificat, le seul, que j'aurais pu délivrer, eut été le brevet d'hystérie J'avais un exemple de plus de la difficulté qu'offre souvent l'hystérie et des erreurs qu'elle fait commettre. J'avais aussi une preuve manifeste du pouvoir de l'hypnotisme, de l'efficacité de la suggestion. Voilà un an et demi que le fait s'est produit, la malade se porte à merveille, a pris de l'embonpoint, ne tousse plus et se livre sans fatigue aux travaux des champs. Cette relation nous montre, qu'on peut, qu'on doit avoir recours à tous les moyens pour guérir les hystériques, et que, dans certain cas, on peut ordonner une cure à Lourdes, autant et mieux souvent, qu'une cure à Néris ou ailleurs.

Le deuxième cas se rapporte à une jeune fille des Essarts, paralysée des deux jambes et qui a laissé ses béquilles à Lourdes en *ex voto*. Voici son histoire. C'est une demoiselle X..., âgée de 15 ans, dont l'hérédité nerveuse est chargée. Elle est prise de fièvre dont les caractères paraissent au médecin traitant assez graves, puisqu'il porte le diagnostic : fièvre muqueuse. La jeune fille guérit de sa fièvre, mais, quelques semaines après, elle éprouve de la faiblesse dans les deux jambes, faiblesse telle que bientôt la marche est rendue impossible, Elle est devenue paraplégique. Le pronostic, porté par plusieurs confrères, était très défavorable, car tous en faisaient une affection de la moelle consécutive à la fièvre typhoïde.

Appelé en dernier lieu, je démêlais l'hystérie. J'aurais pu utiliser la suggestion hypnotique, mais c'était une jeune personne excessivement dévote, ainsi que ses parents, et demander à employer sur elle l'hypnose, c'était se heurter à un refus formel de sa part et de la part de la famille. Aussi me contentais-je de dire à la malade, qu'elle ne devait pas se désoler, qu'elle guérirait certainement avec le temps, la paralysie étant due à une névrose et non à une affection de la moelle. J'aurais pu, j'aurais dû, j'en conviens, être plus affirmatif et promettre une guérison rapide, même immédiate, ainsi que j'en ai l'habitude en pareils cas; mais involontairement je pensais qu'il existait derrière moi une opinion diamétralement opposée à la mienne et c'était l'opinion d'un neurologiste célèbre d'une de nos grandes Facultés de province, que l'on était allé consulter, et ceci suffisait pour me faire craindre que peut-être je me trompais et pour m'inviter, dès lors, à faire par prudence certaines réserves.

Cette malade va à Lourdes. J'ai dit plus haut que c'était une profonde dévote, pleine de confiance dans les pouvoirs de la Vierge, je le répète encore, parce que c'est une condition essentielle, nécessaire pour la cure, vous le comprendrez bientôt. On la porte dans la piscine, elle en sort, elle est guérie, elle laisse ses béquilles et se met à marcher d'un pas aussi ferme que si elle n'avait jamais été souffrante. On crie au miracle. Un télégramme est expédié de Lourdes aux Essarts annonçant l'heureuse nouvelle. J'ai vu la malade avant le voyage, je l'ai vue après. J'ai constaté la disparition de sa paralysie.

Ainsi, voilà deux cas de guérisons à Lourdes, guérisons complètes et durables. Elles ont été constatées par un neurologiste, un sceptique en miracles, par conséquent. On peut donc les considérer comme véritables, comme ayant bien réellement existé. La relation de ces deux faits suffira pour vous montrer la guérison possible de certains malades à Lourdes ou autres lieux sanctifiés.

Comment la science explique-t-elle ces guérisons? Permettez-moi, Messieurs, d'entrer dans quelques détails, arides peut-être, mais absolument nécessaires pour la compréhension nette, l'explication claire du phénomène qui s'offre devant nous. Car, en disant que ces guérisons que l'on appelle miraculeuses, opérées par l'homme sur l'homme, par Jésus-Christ, Mahomet, etc., et leurs disciples, sont des phénomènes de suggestion pure et simple; en disant que les guérisons, soi-disant miraculeuses, obtenues chez des personnes qui vont prier sur un tombeau de saint ou devant une statue de la Vierge, sont des phénomènes d'auto-suggestion, je dois, n'est-il pas vrai, développer un peu cette idée, cette double proposition pour la bien faire saisir.

D'abord, quelle est la nature, l'essence même des affections

qui sont susceptibles de guérir par ces divers procédés? invocation à la Vierge, prières sur la tombe d'un saint, etc... Disons-le immédiatement, ces guérisons ne sont obtenues que dans une certaine catégorie de malades, chez l'hystérique, chez l'hystérique seulement, pas ailleurs, chez l'hystérique qui, à un moment donné de son existence, peut être appelé à présenter une paralysie, une contracture, de la cécité, de l'aphonie, etc. Si l'on cite des cancers, des maladies organiques quelconques guéries à Lourdes ou ailleurs, écartons-les vite, ce sont des guérisons mensongères, des guérisons inventées à plaisir, qui n'existent que dans certaines gazettes et dans l'imagination de ceux qui ont intérêt à grossir les faits et à propager l'erreur. Vous ne trouverez jamais de faits authentiques d'amputé retrouvant sa jambe, d'aveugle-né retrouvant la vision. Et pourtant, dans le domaine du surnaturel, il ne devrait pas, il ne peut pas y avoir de limites. Si la Vierge de Lourdes est capable de faire un petit miracle, faire marcher certains paralytiques, par exemple, elle devrait de temps en temps (et je crois qu'elle n'y manquerait pas si la chose était possible) se payer la fantaisie, ne serait-ce que pour ramener les incrédules, de faire des miracles plus brillants, tels que ceux que je viens de citer, elle arracherait ainsi la conviction à ceux qui se refusent à croire. Mais ces miracles-là, on aura garde de nous les fournir, nous ne serons jamais à même de les constater, parce qu'ils ne peuvent pas être. Mais on nous servira bien les autres, les paralysies hystériques, les cécités hystériques, les contractures hystériques guéries, parce que ces guérisons sont possibles, nous l'avons vu tout à l'heure, et elles sont possibles, parce qu'elles s'expliquent scientifiquement, qu'elles sont purement scientifiques.

Pour que les accidents hystériques puissent ainsi disparaître sous l'effet d'une simple invocation, d'une simple prière, quelle est donc la nature de ces accidents? Qu'est donc l'hystérie? Quelle est son essence? L'hystérie est une maladie psychique, et ses manifestations sont des manifestations psychiques. La théorie utérine des anciens a depuis longtemps vécu, c'est la théorie cérébrale, qui, avec raison, est seule admise aujourd'hui, parce qu'elle est d'accord avec les faits et les explique. C'est l'imagination, l'idée qui prépare les troubles somatiques, les accidents, paralysies, contractures, etc., dont peuvent être affligés les hystériques. Procédons par des exemples pour être plus clair, pour mieux vous faire saisir la chose.

Un individu impressionnable, nerveux, reçoit un léger choc sur l'épaule. Presque instinctivement l'idée d'impotence motrice se présente à son esprit. Il continue cependant à se servir de son bras, quoique plus péniblement, à cause de la contusion. Mais chez ce prédisposé, cet hystérique, s'il l'est, l'idée d'impotence, au lieu de s'effacer, va grossir, importuner son cerveau jour et nuit, et après une phase plus ou moins longue de méditations et d'actes intellectuels, finit par s'extérioriser sous forme de paralysie du bras. Cet individu a pensé sa paralysie avant de l'objectiver. Ce stade de l'idée dominatrice, cette période de méditation consciente ou inconsciente se retrouve avec quelques variantes suivant le cas ou les sujets, à l'origine de toutes les manifestations de l'hystérie, quelle que soit la cause provocatrice: traumatisme, émotions, etc. Il est vrai de dire que ce stade psychique intermédiaire placé entre la cause provocatrice et l'apparition de la manifestation hystérique n'est pas toujours facile à retrouver. Il faut souvent une fine analyse pour cela. Cependant; il existe des cas où on le démêle aisément. J'ai cité dans les Archives de Neurologie, dans mon premier mémoire sur l'hystérie en Vendée, le fait suivant: Un enfant de 14 ans tombe à terre d'une certaine hauteur sur le coude: « Malheureux, lui crie sa mère, tu t'es « cassé le bras. Tiens, regarde, vois si tu vas pouvoir remuer « la main ». Car il est admis à la campagne que, si l'on se brise un membre, on ne peut imprimer à ce membre aucun mouvement. Voilà donc l'idée d'une fracture qui va entraîner chez notre enfant l'idée d'impotence fonctionnelle. Il s'est fracturé le bras, sa mère le lui dit, donc il ne doit pas pouvoir remuer sa main. Et, en effet, l'enfant s'est relevé, le bras paralysé. Ce petit garçon, vous le voyez, messieurs, a pensé sa paralysie avant de l'extérioriser, avant qu'elle devienne réellement une paralysie. Ici la cause de la paralysie nous apparaît donc nettement. Le malade s'est suggéré à lui-même son affection. Cette paralysie a été par conséquent un produit de la pensée, elle n'est donc qu'une manifestation psychique. C'est un pur phénomène d'auto-suggestion.

J'ai une autre malade, une femme, qui présenta une hémorragie nasale (simple coïncidence évidemment) au moment où le tonnerre grondait. Ne s'est-elle pas imaginé que c'était l'orage qui était cause de cette hémorragie? Et alors à partir de ce jour, chaque fois qu'un orage éclatait, les saignements de nez apparaissaient. Cette hystérique faisait donc naître elle-même ces hémorragies par cette seule idée que le tonnerre devait fatalement les produire.

Comprenant par les données qui précèdent la nature des manifestations hystériques, il nous sera facile maintenant d'indiquer, de faire saisir comment ces manifestations pourront disparaître (pour cela, point n'est besoin des savantes préparations du Codex) et nous aurons ainsi la clef pour expliquer ces guérisons dites miraculeuses.

A l'enfant paralysé cité plus plus haut, et qui est venu dans mon cabinet le bras en écharpe, la main tombante, qu'ai-je fait? Aussitôt que j'ai eu reconnu la nature de la paralysie, que j'ai vu que c'était de l'hystérie, j'ai déclaré à l'enfant que j'allais le guérir instantanément, qu'il sortira de ma consultation délivré de son infirmité. Je le plonge très aisément, par le simple regard, dans le sommeil hypnotique, et je crie au sujet endormi: qu'il ait à me serrer la main, qu'il le peut, qu'il a de la force dans son bras, qu'il est guéri ». Et aussitôt l'enfant de me serrer la main très fortement.

Je lui crie à nouveau « que je vais le réveiller et qu'une fois réveillé, il pourra se servir de sa main, de ses doigts comme par le passé ». L'enfant se réveille aussitôt, il est stupéfait de se trouver débarrassé de sa paralysie, il court à l'école, non plus le bras en écharpe comme tout à l'heure, il saisit son porte-plume et se met à écrire, au grand étonnement de son professeur. Ajouterais-je cependant qu'il fut assez mal accueilli, c'était un frère de la Doctrine chrétienne qui ne lui pardonnait pas d'être allé chercher la guérison « chez le diable » ou du moins « chez un de ses auxiliaires, un de ses représentants sur la terre ».

Le même enfant avait présenté quelques mois auparavant une paralysie des deux jambes, il marchait très-péniblement avec deux béquilles. On le porte dans mon cabinet, plutôt qu'il ne s'y traîne, et après une courte séance de suggestion, il s'échappe en courant de mon cabinet pour rejoindre sa voiture, les parents suivant derrière, emportant les béquilles.

A Lourdes, vous le voyez, Messieurs, on ne fait pas plus beau, et si j'avais voulu exposer dans ma chambre de travail toutes les béquilles dont se sont débarrassés mes malades, en sortant, j'aurais eu un étalage qui aurait presque pu rivaliser avec cet étalage que l'on rencontre dans les chapelles à miracles: ce pays de Vendée étant un véritable foyer d'hystérie.

Vous n'avez pas été sans entendre parler (car le cas a fait grand bruit dans toute la région) de cet homme du Poiré-sur-Vie qui depuis quatre ans ne pouvait se tenir debout et marchait sur les genoux et sur les mains; il était porteur d'une affection qui n'était point organique, comme les confrères l'avaient cru, mais purement hystérique, qu'on appelle: Astasie-Abasie. Quand cet infirme de quatre années est sorti de mon cabinet, il escaladait seul sa voiture, et, rentré chez lui, reprenait aussitôt les travaux du labour. Si pareil fait se fût produit à Lourdes (et c'était dans les choses possibles, vu la nature de l'affection et la grande impressionnabilité du sujet), comme on eût crié au miracle! comme on eût célébré bien haut la puissance de la Vierge! C'est un médecin qui est l'auteur de cette guérison soudaine et cela par une simple suggestion faite pendant le sommeil hypnotique, vite on crie à la sorcellerie! et je n'exagère pas en affirmant que d'aucuns doivent regretter la suppression des supplices d'antan, de ce bûcher où l'on aurait eu plaisir à m'asseoir. Je bénéficie incontestablement des progrès de la civilisation.

Maintenant, Messieurs, est-il nécessaire d'endormir le malade pour obtenir ces résultats, ces guérisons extraordinaires? Non. Chez les sujets très-impressionnables, la suggestion à l'état de veille, suggestion sans sommeil préalable, peut produire également, quoique moins aisément, des cures absolument merveilleuses. Je me permettrai de vous en citer quelques-unes ici,

parce que le mécanisme de ces dernières guérisons est exactement le même que celui qui provoque les guérisons soi-disant miraculeuses.

Une jeune malade se présente à mon cabinet, elle est atteinte de vomissements continuels depuis trois semaines. A peine un aliment, même le plus léger, est-il ingéré, qu'aussitôt il est rejeté. Je remarque que cette jeune personne porte de nombreux stigmates d'hystérie. Ces vomissements présentent d'ailleurs certains caractères qui me donnent à penser qu'ils sont dus simplement à la névrose. Je ne l'endors pas, cette malade, je me contente d'aller prendre à mon laboratoire un peu d'eau que je colore avec du carmin, je reviens près de la jeune fille : « Cette potion, lui dis-je, va faire cesser immédiatement vos vomissements; avec elle, vous ne pourrez plus vomir ». — Quelques jours après j'allais voir la fille de sa maîtresse : — « Guérissez mon enfant, comme vous avez guéri ma bonne, « car la première cuillerée de votre potion a supprimé com- « plètement ses vomissements. » Ainsi l'assurance ferme donnée par moi à cette jeune fille, que cette eau la guérirait, l'a guérie. En emportant cette fiole pleine d'aqua simplex elle était toute joyeuse, elle se disait évidemment à elle-même qu'elle ne devait plus vomir, puisque que j'avais su l'en convaincre, et elle n'a plus vomi.

Même phénomène se produisit chez une autre malade atteinte de vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements tellement graves, que la mort semblait imminente par suite du défaut complet d'alimentation pendant deux mois. Ce n'était presque qu'un cadavre. Et avec l'accord de deux confrères nous songeâmes à pratiquer l'avortement. Nos tentatives furent infructueuses, et nous sentions que notre malade allait nous échapper. Quelle détermination prendre ? Notre jeune femme était très-nerveuse, nous le savions, nous savions également que les vomissements de la grossesse sont quelquefois de nature hystérique. Le temps pressait, séance tenante, nous décidâmes qu'il fallait essayer la suggestion. Le résultat fut, un peu contre notre attente, je dois l'avouer, absolument merveilleux. Sans endormir la malade, nous lui fîmes croire que nous allions recourir à un nouveau procédé d'avortement, infaillible celui-là. Avec une grande pince et après de longues manœuvres simulées, nous retirions du vagin des mucosités très-épaisses et, tout triomphants, nous les montrâmes à cette jeune femme en lui disant que c'étaient là des débris de l'embryon, que désormais elle devra être tranquille, qu'elle ne vomira plus, puisque la cause de ses vomissements, c'est-à-dire la grossesse, est supprimée. Eh bien, Messieurs, cette malade a vu disparaître immédiatement ses vomissements. Elle ne pouvait plus vomir, devait-elle se dire, puisqu'elle n'était plus enceinte et qu'elle savait fort bien que la grossesse était la seule cause des accidents présentés. Ainsi l'idée, que la cause était supprimee, avait supprimé les effets. Quinze jours après, notre malade se levait, avait repris son embonpoint, la grossesse continuait et six mois après, cette femme accouchait d'un bel enfant bien constitué. Cette observation curieuse, je l'ai publiée dans le numéro d'août des *Archives de Neurologie*, 1897.

Comme vous le voyez, on peut fort bien faire de la suggestion sans recourir au sommeil et obtenir ainsi d'excellents résultats. J'ai eu une malade qui un jour m'arrivait aveugle dans mon cabinet, un autre jour muette et, croyez-le bien, Messieurs, ce n'était pas de la simulation. Elle n'était pas très riche, cette jeune fille, et ces promenades chez le médecin rognaient toujours un peu son maigre budget. Or, par une simple suggestion faite avec ou sans sommeil je lui redonnais la vue et la voix à la grande stupéfaction de ma vieille bonne, qui ne comprenait pas comment une femme, qui ne pouvait pas lui dire « Bonjour » en rentrant, simplement que par un signe de tête, le lui disait en sortant à haute et intelligible voix.

Et pour achever de vous montrer toute la puissance de la suggestion sur les névrosés hystériques, même si l'on ne veut pas avoir recours au sommeil, je citerai ce dernier fait, tout récent celui-là, puisqu'il date de quelques jours. Une malade avait un gravier implanté très solidement dans le cornée. Pour l'arracher, il m'eût fallu insensibiliser l'œil avec la cocaïne. Je n'en avais pas. Qu'ai-je fait ? je lui ai passé plusieurs fois le doigt sur le globe oculaire et je lui ai affirmé que, par ce massage, j'enlevais toute sensibilité à sa cornée. Le fait s'est aussitôt produit, et j'ai pu, avec la plus grande facilité, extraire le corps étranger, la cornée étant devenue complètement insensible par cette simple suggestion. Je me suis même amusé devant mon confrère, le Dr Blé, à promener mon instrument, la pince, sur toute la surface cornéenne, sans déterminer le moindre réflexe. La malade ne sentait rien. L'anesthésie était telle, qu'il m'eût été facile de pratiquer chez elle une opération plus sérieuse, une opération de cataracte, par exemple, et sans avoir besoin, comme c'est d'usage, de recourir à la cocaïne. Il est vrai de dire que c'était un très beau sujet hystérique, sur lequel j'avais dû plusieurs fois pratiquer l'hypnose pour des accidents nerveux qu'il avait présentés.

Mais je veux fixer d'avantage votre attention sur ces derniers cas de vomissements hystériques dont je vous ai entretenus plus haut, bien que ces cas frappent moins l'imagination, paraissent moins remarquables, mais vous pourrez suivre avec plus d'aisance, je crois, dans cette manifestation de l'hystérie, l'opération mentale que va faire le sujet pour sa guérison et vous verrez que la même opération mentale, absolument la même, se produit chez le malade qui bénéficie d'une guérison à Lourdes. Nous aurons ainsi la clef du soi-disant mystère.

Je dis à une hystérique atteinte de vomissements hystériques : « cette potion que je vous donne (et remarquez-le, Messieurs, que ce soit de l'eau ou un médicament véritable, le résultat est le même) cette potion, dis-je, aura la propriété de supprimer immédiatement vos vomissements et vos douleurs. Vous ne pourrez plus souffrir, vous ne pourrez plus vomir ». La malade s'en va, radieuse, avec sa bouteille pleine d'aqua simplex, mais l'âme remplie d'une saine confiance dans l'efficaciié de ce breuvage, de cette eau merveilleuse. Son imagination travaille. Et quand, rentrée chez elle, elle se hâte de prendre la première cuillerée, elle le fait avec la conviction profonde que cette cuillerée la guérira. Elle se suggestionne elle-même, elle s'auto-suggestionne, après que le médecin l'a suggestionnée, qu'elle ne doit plus souffrir, et que ses vomissements doivent disparaître, et, si souffrances et vomissements sont de nature simplement hystérique, le plus souvent ils cessent instantanément.

Donc, il suffit ordinairement, vous le voyez, qu'une malade affligée d'un syndrome hystérique soit très impressionnable, très suggestionnable, qu'elle ait une confiance absolue dans son médecin et, partant, dans le médicament qu'il lui donne, pour que ce médicament, fût-il de l'eau, ait une vertu éminemment curative et pour que cet accident hystérique s'efface.

Si au contraire cette nerveuse n'a pas confiance dans son docteur, ce docteur lui donnerait-il les médicaments les mieux appropriés, les préparations les plus savantes, aucune amélioration ne pourra se produire dans son état Car dans ces sortes d'accidents, chez cette catégorie de malades, le médicament en lui-même n'est rien, c'est l'idée qui est tout. Elle ne croit pas, cette malade, elle ne s'auto-suggestionne pas l'idée de la guérison par son médecin et son traitement et la guérison dès lors ne viendra pas.

Je voyais, il y a quelques années, une femme atteinte de parésie hystérique des deux jambes, consécutive à une application de forceps. C'était une parésie hystéro-traumatique. La malade, lors de l'application, a senti, dit-elle, un craquement, elle s'est jugée perdue, elle a éprouvé du reste, aussitôt, un engourdissement dans les jambes, et ce simple engourdissement a été suffisant pour qu'elle construisit tout un édifice de misères : elle ne pourrait plus jamais se relever, elle ne pourrait jamais plus marcher. De fait, elle ne marcha pas, et, deux mois après son accouchement, c'est, aidée de deux béquilles, qu'elle put se traîner dans mon cabinet. Je ne vous dirai pas tous les signes qui m'ont révélé la véritable nature de l'affection : anesthésie en gigot des deux jambes jusqu'au genou et autres stigmates de la névrose, retenez simplement pour l'instant le mode de production de la paralysie. C'est l'idée qui l'a créée, c'est l'idée qui la supprimera. Pour des raisons de clientèle, j'avais dû cesser pendant quelque temps d'utiliser chez l'hystérique le sommeil hypnotique (je dis chez l'hystérique, puisque je ne l'emploie jamais ailleurs où il est d'une efficacité nulle), j'annonce donc à cette malade, sans l'endormir, que

j'allais avec le courant électrique lui ramener rapidement la force dans les jambes. « Mais, me répondit-elle, mon médecin ordinaire l'a déjà essayé, et sans succès ». Je fus un instant contrarié; cependant, pour employer une expression un peu triviale, je ne perdis pas mes manchettes pour cela. — « De quelle pile s'est-il servi? Est-ce de celle-ci? » Et je lui montrai mon appareil. — « Non », reprit-elle. — « Oh, mais avec mon instrument (et je dois vous déclarer qu'il n'avait rien en lui-même de merveilleux et qu'il n'était certes pas supérieur à celui du confrère) je vous assure une guérison rapide, presque immédiate ». Après la première séance : — « Mais oui, s'écrie-t-elle, je sens que je marche plus aisément ». Après la deuxième séance, elle laisse une béquille, après la quatrième ou la cinquième, jo crois, elle marchait sans bâton.

Je vous demande pardon d'avoir insisté si longuement sur le mode de guérison des hystériques dans le cabinet du médecin, mais ces détails étaient absolument nécessaires. Vous savez maintenant que par la suggestion avec sommeil, on supprime les plus gros accidents hystériques. Vous savez que par la suggestion, sans sommeil préalable, on arrive souvent au même résultat. Pas n'est besoin d'un traitement pharmaceutique, hydrothérapique, électro-thérapique, le simple commandement seul suffit, pourvu que la malade soit très impressionnable, et qu'elle ait une confiance absolue dans sa guérison par son médecin. Je vous ai fourni un nombre considérable de faits à l'appui de cette affirmation. Il vous sera facile maintenant de comprendre comment s'opèrent ces guérisons dites miraculeuses à Lourdes ou autres lieux sanctifiés et dont j'ai eu plaisir à vous citer deux exemples pris dans ma clientèle.

Ainsi, reportons-nous, si vous le voulez bien, à ce jeune paralytique qui venait dans mon cabinet avec des béquilles et qui, en sortant, courait tout triomphant à sa voiture, laissant à ses parents ses béquilles dont il n'avait plus besoin. Supposons pour un instant que ce jeune enfant, pour une raison ou pour une autre, il ne m'ait pas été possible de le guérir. Il a entendu parler de Lourdes et des merveilles qui s'y accomplissent. On lui a fait lire les journaux contenant la description des cures miraculeuses qui s'y produisent journellement. L'imagination de ce malade travaille. Le jour il y pense, la nuit il y rêve. Un beau jour, son cerveau tout rempli de ces faits merveilleux, il finit par demander à ses parents d'aller à Lourdes chercher, lui aussi, cette guérison dont la Vierge est si prodigue. Le voilà qui est mûr pour l'expérience. Il part. Pendant tout le trajet, son cerveau est agité, remué par ces paysages inconnus et magnifiques qui se déroulent devant les yeux. Tous ces chants religieux, tous ces cantiques, qui retentissent dans les airs, impressionnent, exaltent, enflamment sa jeune imagination. Il arrive à Lourdes. Il a hâte de voir la grotte. A la grotte, il attend avec une vive impatience l'heure d'être plongé dans la piscine. L'énervement de l'attente, au milieu de cette foule enthousiasto, et de ce décor merveilleux, féerique, le rend plus impressionnable, plus nerveux encore. Il compte ses collègues en maladie qui doivent le précéder, qui doivent passer avant lui. Encore trois, puis plus que deux, plus qu'un, son tour arrive. Une sorte de tremblement nerveux agite tout son corps. On le saisit, les brancardiers l'emmènent, le plongent dans la piscine, cette bienheureuse piscine, doit il doit sortir guéri. Il en sort, messieurs. Et le voilà, lui qui tout à l'heure se traînait péniblement, qui court. Il n'a plus besoin de ses béquilles, il est guéri. On crie au miracle, on entonne un *magnificat*. Il y a une guérison de plus à enregistrer sur le grand livre des miracles.

Et pourtant, après les détails, les longs développements que je vous ai donnés dans le cours de cette conférence, comme la chose nous paraît simple! Commo le mécanisme de cette guérison est aisé à démêler! Un pur phénomène d'auto-suggestien. Et voilà tout. Voilà à quoi so réduit ce fait, voilà à quoi se réduit ce miracle dont on profitera pourtant dans les gazettes pour vanter, pour célébrer bien haut la toute-puissance céleste.

Il arrive parfois que le malade ne puisse pas, soit que l'argent nécessaire lui fasse défaut, soit pour tout autre motif, se transporter dans ces chapelles où jusqu'à ces grottes d'où coulent ces eaux merveilleuses, divines. Qu'à cela ne tienne. Cette eau est parfaitement transportable, et avec elle sa vertu curative. La Vierge de Lourdes peut donc opérer à distance. Et elle n'y faillit pas. Il m'est arrivé maintes fois de recevoir cette réponse de certains de mes malades qui souffraient de douleurs ou d'un trouble nerveux quelconque : « Docteur, je ne souffre plus, c'en est fait de toutes mes misères, je suis guéri, j'ai pris de l'eau de Lourdes qu'une voisine charitable a bien voulu me donner; à peine en avais-je absorbé un verre, que j'ai vu mes souffrances disparaître comme par enchantement. » Le fait pouvait être exact. En étais-je surpris? Nullement. Après ce que nous avons dit, ce résultat, à vous aussi, vous paraîtra tout naturol. Et c'est la science qui, précisément, nous donne l'explication de tous ces faits, qui a remis les choses au point, c'est elle qui vient vous dire que tout est mensonge dans cette interprétation donnée à une guérison, à des phénomènes purement naturels. Le prêtre, qui m'avait demandé un certificat de miracle, pour le cas de la jeune fille guérie à Lourdes et dont j'ai parlé plus haut, avait, vous l'ai-je dit, reçu cette réponse : « Je ne pourrais vous délivrer qu'un brevet, mais ce serait un brevet d'hystérie ». Et comme le bon curé se récriait, disant que j'étais un médecin de mauvaise foi, qui, de parti pris, refusait d'accepter un miracle, qu'il devait savoir réel, puisqu'il le constatait de visu, je lui fis cette proposition, afin de bien le convaincre que j'agissais au contraire de bonne foi : « Voulez-vous me permettre de remettre devant vous, par la suggestion, votre miraculée dans l'état où elle se trouvait avant son départ pour Lourdes? Une fois la malade redevenue paralytique, je referai à mon tour le miracle, je débarrasserai la jeune fille de sa paralysie, comme l'a fait Lourdes, et comme vous me savez assez mal coté près du Très-Haut, vous accepterez bien alors de penser qu'il ne me serait pas donné à moi, un sceptique, un athée, comme vous le dites, d'accomplir ce que vous appelez une guérison miraculeuse, de faire en un mot un miracle ». Le pasteur s'est empressé de refuser, et il a bien fait, car je l'aurais confondu séance tenante. Vous saurez en effet, messieurs, qu'il est aussi facile de créer, par suggestion, une paralysie chez une hystérique bien préparée, que de la faire disparaître. On va même plus loin. Bourru et Burot, médecins de la marine, ont obtenu à Rochefort, sur une grande hystérique, des faits d'hémorragie nasale et des sueurs sanguines par la simple suggestion hypnotique. Voilà l'application trouvée des croix de sang que, par auto-suggestion, se font les les illuminés, ou par suggestion, si ce sont les prêtres qui en sont les acteurs. Pendant mon internat, j'ai eu dans un de mes services une jeune hystérique sur laquelle il suffisait d'appliquer une feuille de papier à cigarettes dans le dos, en lui affirmant que c'était un papier vésicatoire pour constater, deux ou trois heures après, que ce papier à cigarette avait fait onction de révulsif puissant. Une belle phlyctène apparaissait après l'enlèvement de la feuille de papier.

Mais je m'aperçois que je viens de me laisser entraîner dans une digression intéressante sans doute, mais qui s'écarte un peu de mon sujet. Je reviens donc à mes guérisons miraculeuses, cette fois pour conclure; la cause, je crois, étant entendue. Et je dis ceci (les explications que j'ai fournies m'y autorisent) Jésus-Christ et ses disciples, Mahomet, etc., n'ont obtenu des guérisons que par la suggestion, suggestion inconsciente, sans doute, mais ce n'en était pas moins de la suggestion. A cette époque, l'explication scientifique ne pouvait être donnée. On ne voyait là que le merveilleux, le surnaturel. D'où l'attribut de Divinité dont on les décorait.

A la Sallette, à Paray-le-Monial, à Lourdes ou ailleurs, la Vierge (oh! elle est bien innocente du pouvoir qu'on lui attribue, du role qu'on lui fait jouer) ne doit de produire des guérisons que par la suggestion que se font à eux-memes ses fervents adorateurs. Plus haut, c'est de la suggestion, ici, c'est de l'auto-suggestion.

Aussi, la scienco est-elle là qui vous dit : ce paralytique qui se met subitement à marcher, cet aveugle qui retrouve tout-à coup la vision qu'il avait perdue, ce muet qui recouvre la voix qui s'était étcinto, tout ceci m'appartient, c'est ma propriété, mon domaine. En voulant faire de ces guérisons, parce qu'elles se sont produites dans ces sanctuaires bénis, chez de crédules pèlerins, des guérisons surnaturelles, on fait là un grossier mensonge : la puissance divine, si puissance divine il y a, n'y est pour rien. C'est un larcin que le pretre veut com-

mettre, et avec lequel il trompe les ignorants. Ces guérisons dites miraculeuses, je les revendique pour moi, car elles sont naturelles, elles sont absolument scientifiques.

Et voilà comment, messieurs, la science comprend les guérisons miraculeuses et les explique, et, en les expliquant, arrivera peut-être un jour à rayer de l'histoire ce grand mot : miracle.

Thèses de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

(Mois de novembre et décembre 1900).

MM. Abadie. Les localisations fonctionnelles de la capsule interne. — Montel. Du role des leucocytes dans l'absorption de certains médicaments introduits par la voie hypodermique et péritonéale. — Bentejoie. Contribution à l'étude de la bilharzisse. — La Folie. Une opération aseptique. — Margerie. La cure radicale du variocèle par la décortication du scrotum. (Procédé du Dr Piton, de Brest). — Roustan. De la psychicité de la femme pendant l'accouchement (Etude de responsabilité.) — Souc. Essai de déontologie — La réclame médicale. — Sorel. Contribution à l'étude de la folie à deux — Rôle de l'imitation dans la contagion de la folie à deux. — Monmagnon. De la symphyséotomie à Bordeaux. — Roux de Badilhac. Etude sur les bassins viciés par paralysie infantile au point de vue obstétrical. — Gary. Historique critique de la kinésithérapie — L'œuvre de Ling — L'œuvré de Zander — Bellamy. Etude séméiologique — Hallucinations érotiques. — Dovenay de Certaut. Etude sur la prophylaxie de quelques maladies infantiles d'après les données de l'hygiène moderne. — Grosfillez. Les déplacements congénitaux du cristallin. — Garaud. Etude de l'action de la faradisation sur le coefficient azoturique. — Chagnolleau. Des kystes séreux sus-duremériens consécutifs à des traumatismes craniens éloignés. — Tel. De l'empyème aigu compliqué du sinus maxillaire. — Brand. De l'existence du réflexe réno-rénal et de son rôle pathogénique. — Boussenot. Contribution à l'étude des angines pseudo-membraneuses. — Balcam. Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur chez les enfants. — Adoue. Contribution à l'étude de l'anesthésie par injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne. — Donnet. Essai sur les formes et les causes de quelques arthrites métatardo-phalangiennes du gros orteil. — Lamoureux. La technique des injections hypodermiques de sérum artificiel pratiquées au moyen du séro-transfuseur du Pr Lefour avec une modification additionnelle. — Martin. Le coefficient émulsif et la tension superficielle des urines dans leurs rapports avec les albumoïdes urinaires. — Testé. Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire. — Léger. Hématologie de la chlorose — influences de certains agents médicamenteux sur la formule hémo-leucocytaire. — Coquin. Hygiène et pathologie des pêcheurs de morue à Terre-Neuve et en Islande. — Alain. Du fœticide thérapeutique. — Dévillard. La sensibilité oculaire à la pression dans la paralysie générale.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. Les établissements d'assistance privée.

1° Les établissements d'assistance privés doivent faire une déclaration dans les huit jours de leur ouverture. La déclaration indique le but de l'établissement, les catégories des personnes assistées, les conditions de salubrité des locaux. Cette déclaration doit être suivie dans le délai d'un mois d'une visite de l'inspecteur.

2° L'inspection doit être organisée d'une manière permanente en utilisant autant que possible les organisations existantes.

3° La fermeture des établissements privés ne pourra être prononcée que par l'autorité judiciaire. Toutefois, en cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie, en cas de péril imminent soit pour la santé publique, soit par suite de faits contraires aux bonnes mœurs, le préfet peut ordonner la fermeture provisoire de l'établissement pour un délai qui n'excèdera pas un mois, tous droits réservés. La fermeture ne pourra être prononcée que par autorité de justice.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique émet le vœu que les œuvres de bienfaisance privées, reconnues d'utilité publique, soient assimilées vis-à-vis du trésor aux établissements publics et jouissent des mêmes avantages.

Exemple mal choisi.

La lutte contre l'alcoolisme se poursuit heureusement en tous lieux et sous toutes formes. C'est ainsi qu'au verso d'une de ces petites images, à la fois instructives et plaisantes, que M. le Proviseur du lycée Henri-IV distribue aux jeunes élèves, je lis le texte suivant, dû au propagateur, connu et très apprécié, qu'est le Dr Galtier-Boissière : « Intérêt général de la lutte contre l'alcoolisme. — Accidents et crimes. — Tout le monde peut être victime d'un accident dû à un alcoolique (cocher, mécanicien, *pharmacien*)..... »

Or, que vient faire le pharmacien dans ce triumvirat ? L'exemple est-il donc si probant ? L'automédon et le mécanicien n'eussent-ils pas été plus à l'aise, en compagnie d'un coiffeur ou d'un batelier, au lieu de confondre leur état (si élevé que soit leur siège), avec une carrière libérale, honorable et honorée, et si voisine de la médecine ? Et si, le pharmacien, pourquoi pas le médecin ? Non ! l'exemple est mal choisi, en tout cas peu charitable, à moins qu'il ne soit involontaire, Et puis est-il sage, au point de vue du but à atteindre, de laisser comprendre à nos enfants, que les Lycées et les Facultés ont jamais pu donner naissance à des médecins ou des pharmaciens alcooliques ? P. CORNET.

Une Leçon.

Sous ce titre, nous lisons dans la *Fronde* du 30 octobre, l'intéressante nouvelle suivante, véritable enseignement pour ceux qui nous gouvernent.

Il y a quelque temps, on célébra en Autriche la conduite d'une infirmière, la veuve Hochegger qui avait, avec un admirable dévouement, prodigué ses soins au Dr Muller, la première victime de la peste à Vienne. A cette occasion, la veuve Hochegger fut décorée par l'empereur François-Joseph de la Médaille d'Elisabeth. Or, la brave infirmière vient d'être condamnée à deux mois de prison pour avoir, à Munich, volé 74 marks, au détriment d'une personne qu'elle soignait. On oublie trop souvent que les humains les plus héroïques n'ont pas encore trouvé le moyen de vivre de l'air du temps, et que de prosaïques pièces de cent sous ne seraient pas déplacées à côté d'une médaille qui décorent de sublimes, mais pauvres gens. La médaille, c'est beau! mais encore faut-il que l'estomac qui la porte ait de quoi manger.

Les Médecins incinérés.

Le Columbarium municipal, construit en 1895, vastes hangars aux murs propres, mais peu suggestifs, aux cases égalitaires, porte sur ses plaques des noms de docteurs, dont les cendres sont scellées dans ces murs. Ici l'exiguité de la plaque prête mal à l'énumération des titres des incinérés, dont l'urne d'ailleurs peut être transportée dans un caveau de famille, (tel le Dr Delaplagne de Saint-Martin), ou réexpédiée en province après incinération, comme le Dr Chantre (de Lyon), incinéré le 11 novembre. Aussi n'avons-nous pu retrouver le Dr P. Bricon, ancien secrétaire du *Progrès médical*, troisième personne incinérée officiellement, et que M. Marcel Baudouin a remplacé à ce journal. Sur les cases du Columbarium, nous avons pu relever les noms des Médecins suivants : Sailly (1828-1894), E. Bacquias (1827-1896), Hubert (1896), E. Martin (1830-1897), Rogron (1855-1896), P. Strauss (1845-1896), «*Regretté de tous ceux qui l'ont connu* » ! Manchon, Corties (1897), Seile (1849-1898), Piscart (1815-1898), Badaire (1854-1900) et enfin le Pr Grimaux (1900), membre de l'Institut, une victime de l'Affaire! (*Gaz. méd. de Paris*).

Les fumeurs d'opium.

Nous lisons dans les *Débats* d'intéressants renseignements sur les fumeurs d'opium. Certains Français qui vivent en Indo-Chine sont effrayés des progrès que cette passion fait surtout parmi nos administrateurs et réclament des mesures restrictives énergiques. Il y a à penser qu'elles seraient efficaces, car, dans l'armée où le vice est très mal noté et où on sévit durement contre tout fumeur d'opium, la proportion de ces fumeurs est bien moins grande que parmi les fonctionnaires ou même parmi les colons. Aux mesures disciplinaires, les seules qui soient possibles en Extrême-Orient où la vente de l'opium est libre et où il est impossible de priver les indigènes de ce produit, il conviendrait d'ajouter la suppression des cinquante-six officines où, à Paris, il est possible de fumer l'opium. Le fonctionnaire qui a contracté cette habitude, lors d'un

séjour en Indo-Chine, la perdrait s'il ne trouvait plus les moyens de la satisfaire pendant le congé qu'il passe à Paris. Beaucoup d'entre les fumeurs d'opium ne demandent qu'à être contraints de rompre avec l'habitude qu'ils ont contractée, la mesure à Paris serait très probablement efficace. Il y a d'autant plus d'urgence à agir que le mal dont on signale les progrès a les conséquences les plus terribles. Non seulement l'opium démolit les santés les plus robustes et prépare un terrain excellent pour le développement de toutes les maladies coloniales; mais il transforme l'individu le mieux établi intellectuellement en un être fantasque, bizarre, grincheux et méchant. L'opiacé finit par avoir le sens moral complètement faussé et tel homme qu'on a connu quelques années auparavant très aimable, très sûr de relations, est retrouvé insupportable et fourbe, et c'est l'opium qui a opéré ce changement.

Ce vice est l'un des plus impérieux qui soient. Quand le moment de fumer est venu, le fumeur ne peut y échapper et si, pour une raison ou pour une autre, il ne peut satisfaire immédiatement son besoin, il n'est bientôt plus qu'une malheureuse créature à laquelle. seules, de nombreuses pipes sont capables de redonner un peu de ressort. Le fumeur qui en est arrivé à ce point d'intoxication est incapable du moindre effort et on ne peut que trop facilement deviner ce que sera un tel homme chargé d'une fonction publique. Ce sont les conséquences d'une situation pareille, qui peuvent être déplorables pour notre mission civilisatrice en Extrême-Orient, qu'il convient d'empêcher.

La Malaria en Afrique occidentale

L'école de Médecine tropicale de Liverpool avait envoyé au mois de mars dernier, dans l'Afrique occidentale, une mission dirigée par le Dr Annett, et dont l'objet était de rechercher les causes de la malaria et les moyens de la combattre. La mission s'est rendue dans le Méferia et, après trois mois d'expériences, elle fait connaître ses observations. Elle a constaté, après tant d'autres, que la malaria était communiquée par les piqûres de moustiques anophèles; la plupart des indigènes et surtout les enfants ont dans le sang le germe de la maladie; c'est en les piquant d'abord et en piquant les Européens ensuite, que les anophèles donnent la maladie à ces derniers. Les médecins anglais ont reconnu que, si les moyens préconisés jusqu'à ce jour n'étaient pas à dédaigner pour combattre le mal, ceux plus sûrs étaient d'obliger les Européens à habiter à un demi-mille de toute habitation indigène, et comme c'est surtout dans les terrains humides que les anophèles se développent, ils veulent que tout le terrain aux environs des maisons européennes soit drainé soigneusement. Ce sont là des conditions assez difficiles à réaliser et il est à craindre que beaucoup de colons aient quelque peine à s'y soumettre. (*Débats*).

La propagation de la malaria et les moustiques.

Un fait qui paraît étayer solidement l'hypothèse de la propagation de la malaria par les moustiques est le suivant. A l'île d'Asinara, dans les parages de la Sardaigne, infestée de moustiques, l'endémie paludéenne faisait de nombreuses victimes parmi les détenus et leurs gardiens qui seuls habitent l'île. La désinfection des puits et la destruction systématique des moustiques ont amené la disparition presque totale des fièvres palustres.

La fermeture de l'Institut sérothérapique de Milan.

Nous avons déjà annoncé les graves accidents causés par le sérum antidiphtérique à l'Institut sérothérapique de Milan. Nous extrayons d'une correspondance du *Temps* les renseignements complémentaires suivants :

Huit décès ont été constatés jusqu'à présent : deux à Chindono, près de Bergame, trois à Valdobbiadene, et trois à Prato-Sesia-sur-Novare. Mais, comme les effets de l'empoisonnement ne se font sentir que neuf jours après les inoculations, il est à craindre que de nouveaux cas de tétanos ne soient encore à enregistrer. La fabrication de la partie du sérum contaminé remonte au 24 novembre dernier et la distribution au 29 du même mois.

Les épidémies.

La peste.

Le *Petit Bleu* de Bruxelles affirme que la peste décimerait l'armée anglaise dans le sud Africain : « Une lettre reçue hier à Bruxelles et que nous avons sous les yeux, apporte la nouvelle que la peste bubonique sévit dans l'armée anglaise. On se rappelle qu'un cas ou deux de cette grave maladie furent signalés, il y a quelques semaines, dans la colonie du Cap. Le fléau avait été probablement importé d'Egypte et des Indes ; puis on n'en parla plus. Mais on a remarqué le nombre croissant et effrayant des morts et de malades signalés dans ces derniers temps sur les listes de pertes quotidiennes. Ces morts sont généralement présentées comme ayant été déterminées par la fièvre entérique ou par la dysenterie. Il est probable qu'on cache la cause réelle d'un grand nombre d'entre elles, c'est-à-dire la peste bubonique, pour ne pas enrayer l'enrôlement des volontaires que l'on recrute au Canada, en Australie et en Angleterre même. »

D'autre part, il est parvenu à Londres, de Maurice, la dépêche officielle suivante : « Il y a eu, au cours de la semaine finissant le 17 janvier, 15 nouveaux cas de peste bubonique, dont 13 mortels. »

A Smyrne et à Constantinople de nombreux cas de peste bubonique seraient encore signalés.

La fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde a éclaté à Lunéville au 12e cuirassiers, dans les casernes de l'Orangerie, qui ont déjà été plusieurs fois contaminées. Le 4e escadron plus particulièrement éprouvé vient de partir pour les baraquements de Corcieux, près Gérardmer. A l'hôpital de Lunéville, 70 hommes sérieusement atteints, seraient en traitement.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 28. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Ch. Richet, Rémy, Desgrez. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Poirier, Broca (Aug.), Varnier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie (1re *série*) : MM. Tillaux, Reynier, Sebileau. — (1re *partie*). Chirurgie (2e *série*) : MM. Walther, Lejars, Legueu. — (2e *partie*). MM. Fournier, Gaucher, Lannois.

MARDI 29. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Berger, Maygrier, Thiéry. — (1re *partie*) Oral. A. R. : MM. Schwartz, Campenon, Wallich. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Quenu, Albarran. — (1re *série*) (2e *partie*) : MM. Raymond, Hallopeau, Charrin.—(2e *série*) (2e *partie*) : MM. Debove, Gilbert, Ménétrier.

MERCREDI 30. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz.— 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie (1re *série*) : MM. Delens, Reclus, Mauclaire. — (1re *partie*). Chirurgie. (2e *série*) : MM. Segond, Poirier, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Brissaud, Netter, Widal. — Obstétrique. : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

JEUDI 31. — *Médecine opératoire* N. R. : MM. Schwartz, Hartmann, Thiéry — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Gariel, Gley, Retterer. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Richelot, Maygrier, Poirier.

VENDREDI 1er. — 4e *de Doctorat*. A. R. : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat*. (1re *partie*). Chirurgie : MM. Reclus, Segond, Mauclaire. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Widal, Méry.— (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 2. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. : MM. Chauffard, Letulle, Chassevant. — (2e *partie*). A. R. : MM. Joffroy, Troisier, Thiroloix. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Bar, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 30. — M. Loin. Traitement du lupus tuberculeux par les scarifications ignées méthodiques. — M. Gambier. De la cure radicale de l'hydrocèle par le retournement de la vaginale (nouveau procédé).

JEUDI 31. — M. Bardin. Contribution à l'étude des rétentions d'urine chez la femme. — M. Martin. De la récidive dans la grossesse extra-utérine. — M. Ranson. Etude sur l'hystérectomie abdominale appliquée au traitement des kystes et des tumeurs solides de l'ovaire. — Mlle Lourie. Contribution à l'étude des éléments figurés du colostrum et du lait.

Etude de Mr Chain jeune, avoué à Paris,
4, avenue de l'Opéra.

Arrêt de la chambre des appels de police correctionnelle du 29 novembre 1900.

Société anonyme foncière des coteaux du Bois de Boulogne et de Longchamps.

Contre : *Mauhourat, Romain, demeurant à Saint-Cloud (S.-et-O.), rue Perrier, 7, et Rollet, Adolphe-Jean-Baptiste-François, directeur et gérant du « Progrès de Saint-Cloud », demeurant à Paris, rue de Provence, n° 51.*

La Cour : Considérant que si larges que soient les limites que comporte toute polémique de presse, il est hors de doute nonobstant les prétentions contraires des inculpés que les articles incriminés dépassent la mesure d'une juste et loyale critique ; qu'ils contiennent des expressions outrageantes ou termes de mépris à l'égard de la Société des coteaux du Bois-de-Boulogne et de Longchamps, ainsi que des imputations de nature à porter atteinte à l'honneur ou à la considération de cette dernière ;

Que les articles incriminés présentent les caractères délictueux de la diffamation, des expressions outrageantes et termes de mépris à l'égard de la dite Société ;

Par ces motifs : Confirme le jugement dont est appel.

Le jugement du 4 juillet 1900, confirmé par cet arrêt, est ainsi conçu :

Le tribunal condamne Rollet et Mauhourat chacun à cinq cents francs d'amende et statuant sur les conclusions de la partie civile ;

Attendu que les diffamations et injures qui viennent d'être réprimées ont causé à la Société plaignante un préjudice dont il lui est dû réparation, qu'elle conclut à un franc de dommages-intérêts et à l'insertion du présent jugement dans deux numéros du *Progrès de Saint-Cloud* et dans dix autres journaux ;

Attendu que sa demande n'a rien d'exagéré et qu'il y a lieu d'y faire droit ;

Condamne Rollet et Mauhourat, solidairement par toutes voies de droit et même par corps, à payer à la partie civile la somme de un franc à titre de dommages-intérêts ;

Ordonne l'insertion du présent jugement, lorsqu'il sera devenu définitif dans deux numéros successifs du journal le *Progrès de Saint-Cloud* ;

Autorise la Société plaignante, à titre de supplément de dommages-intérêts, à faire insérer le présent jugement, lorsqu'il sera devenu définitif *dans dix journaux* à son choix, du département de la Seine et du département de Seine-et-Oise et aux frais solidaires de Rollet et de Mauhourat ;

Déclare Mauhourat civilement responsable de Rollet ;

Les condamne solidairement aux dépens.

Pour extrait :
CHAIN jeune.

FORMULES

X. — Vin tonique pour les tuberculeux.

Arséniate de soude		0 gr. 10 centigr.
Gouttes amères de Baumé . .		3 grammes.
Vin de quinquina		250 —
Vin de Coca.	} à	125 —
Vin de Kola		
Biphosphate acide de chaux .		20 —

Une cuillerée à soupe après les deux principaux repas. (Blanc in *Bull. gén. de Thérap.*)

XI. — Contre la diarrhée.

Benzonaphtol	
Salicylate de bismuth	
Benzoate de bismuth	āā 5 grammes.
Craie préparée	
Analgésine	

pour 25 cachets. En prendre 4 à 5 par jour J. N.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 13 janv. au samedi 19 janv. 1901, les naissances ont été au nombre de 1.131 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 424, illégitimes, 157. Total, 581 — *Sexe féminin* : légitimes, 393, illégitimes, 157. Total, 550.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511 629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 13 janvier au samedi 19 janvier 1901, les décès ont été au nombre de 1,069, savoir : 548 hommes et 521 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 6, F. 4, T. 10. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0.— Variole : M. 1, F. 5. T. 6. — Rougeole : M. 6, F. 2, T. 8. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 4, F. 4, T. 8. — Diphtérie et Croup : M. 8, F. 2, T. 10. — Grippe : M. 4, F. 7, T. 11. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres maladies épidémiques : M. 2, F. 2, T. 4. — Tuberculose des poumons : M. 127, F. 98, T. 225. — Tuberculose des méninges : M. 11, F. 12, T. 23. — Autres tuberculoses : M. 10, F, 4. T. 14. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 28, F. 40, T. 68. — Méningite simple : M. 8, F. 7, T. 15. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 35, F. 33, T. 68. — Maladie organique du cœur : M. 32, F, 40, T. 72. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 8, T. 19. — Bronchite chronique : M. 14, F. 21, T. 35. — Pneumonie : M. 22, F. 22, T. 44. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 50. F. 52, T. 102. — Affection de l'estomac (cancer exc.) : M. 1, F. 5, T. 6. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 3, F. 4, T. 7 ; autre alimentation, M. 6, F. 6, T. 12. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Hernies, obstruction intestinale : M. 4, F. 5. T. 9. — Cirrhose du foie : M. 6, F. 5, T. 11. — Néphrite et mal de Bright : M. 17, F. 12, T. 29. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 3, T. 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 19, F. 9, T. 28. — Débilité sénile : M. 12, F. 30, T. 42. — Morts violentes : M. 20, F. 7, T. 27. — Suicides : M. 11, F. 3, T. 14. — Autres maladies : M. 69, F. 61, T. 130. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 11, F. 7, T. 18.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 70, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34, illégitimes, 11. Total : 45. — *Sexe féminin* : légitimes, 19, illégitime, 6, Total : 25.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. le médecin de 1re classe BORIUS a été distrait de la liste de la marine de départ, pour six mois, à compter du 8 janvier 1901. — M. le médecin en chef Abelin, du cadre de Cherbourg, est désigné pour aller concourir au service de terre du port de Brest. — M. Ambiel, médecin principal à Toulon, et MM. les médecins de 1re classe Durand et Kéraudren, du port de Brest, ont été autorisés à prendre part aux concours qui ont eu lieu le 15 janvier courant, à Toulon, pour des emplois de professeur dans les écoles de médecine navale.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — La Société française d'hygiène vient de renouveler son Bureau pour 1901 : Président : M. le Dr Landreit de Lacharrière. — Vice-Présidents : MM. Fichet, Dr Degoix, Dr Aubeau, Dr F. Brémond, D. Foveau de Courmelles, Dr P. Moreau, de Tours. — Secrétaire général : M. A. Joltrain. — Secrétaires : MM. Dr Blayac, Rouxel, Goudal, Dr Charlier, Brthat, Dr O'Followell. — Chef du laboratoire : M. Ferdinand-Jean. — Bibliothécaire : M. le Dr Régnier. — Trésorier : M. Landau.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS. — A dater du mois de janvier 1901, la Société de Neurologie de Paris se réunira dans la salle des séances de la Société de Chirurgie, rue de Seine, n° 12. La dernière séance a eu lieu le jeudi, 10 janvier, à neuf heures et demie du matin.

COMMISSION D'HYGIÈNE INDUSTRIELLE. — Sont nommés membres de la commission d'hygiène industrielle instituée par arrêté du 11 décembre 1900, et chargée d'élaborer les règlements particuliers à certaines industries, prévus par la loi du 12 juin 1893 : MM. le Dr Laborde, de l'Académie de Médecine, et Heim, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — (*Questions posées* 9 janvier) : Anatomie des muscles fléchisseurs communs des doigts. Paralysies saturnines, symptômes et diagnostic. — (11 janvier) : Anatomie du muscle releveur de l'anus chez la femme. Symptômes et diagnostic des péritonites purulentes aiguës. — (14 jan-

vier) : Etage moyen de la base du crâne. Stomatite mercurielle. — (15 janvier) : Muscles obturateurs. Symptômes et diagnostic des péricardites chroniques.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le concours de l'Internat s'est terminé par la nomination des candidats dont les noms suivent : *Internes titulaires* : MM. J. Gernez, Louste, Gaultier, Boidin, Pécharmant, Mercadé, Digne, Chevassu, Denis, Halbron, Regnard, Lecornu, Tessier, Fouquet, Mauban, Braillon, Lacasse, Morlet, Bertier, Duclaux, Daniel, Paul Bloch, Bosc, Menier, Touchard, Bauer, Le Gambier, Beaujard, René Lemaître, Lequeux, Juy, Dreyfus-Rose, Devraigne, Lhermitte, Brelet, Diel, Sébilleau, Guénot, Gauckler, Ambard, d'Œlsntiz, Hullen, Tillaye, Jarvis, Heitz, Rostane, Paisseau, Lardennais, Vitry, Henri Petit, Mlle Frandillon, MM. Okinczyc, Rollin. Delaunay, Maurice Bloch. — *Internes provisoires* : MM. François-Dainville, Calvé, de Lacombe, Heller, Viteman, Morisetti, Beaufumé, Bouchot, Le Play, Desmarest, Cauchoix, Bréchot, Algret, Méheut, Trémolières, Ambrosi, Descomps, Ferry, Dobrowitch, Villaret, Ricou, André Cantonnet, Papin, Roussy, Villandre, Raymond François, Mesnil, Jouhaud, Boisseau, Maurice Camus, Rivet, Darcanne, Henri Francais. Thaon, Lebhard, Cerise, Courtois, Deglos, Bourguignon, Pillet, Taguet, Blondin, Philibert, Vaillant, Gaudeau, Hervoit, Genévrier, Laborde, Morel, Liné, Brocard, Dieu, Verliac, Jacquemin, Jamet, Ertzbischoff, Saison, Hébert, Tanon.

CONCOURS DE MÉDECINE. — Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 4 mars 1901. Se faire incrire du 28 janvier au 11 février 1901.

PETITES-SŒURS DES PAUVRES. — *Suicide*. — Le sieur Léon Lemoigne, 68 ans, pensionnaire des Petites-Sœurs des Pauvres, à Caen, s'est levé dans un accès de fièvre chaude et s'est jeté d'une fenêtre du troisième étage, haute de 12 mètres environ. La mort a été instantanée. (*Le Bonhomme norm.*, 4 janv. 1901.)

LE NOUVEL HÔPITAL de la Croix-rouge française vient d'être ouvert à Nagasa-Ki et 236 malades ont été admis.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Les promotions et mutations dans le personnel de la Préfecture de la Seine, qui nous intéressent, ont été publiées dernièrement au *Bulletin municipal officiel*: M. Le Roux, directeur des affaires départementales, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé directeur honoraire. — M. Defrance, directeur administratif des travaux, est nommé directeur administratif des affaires départementales. — M. Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique, est nommé directeur de l'inspection générale et du contentieux. — M. Thilloy, promu chef de service, est nommé secrétaire général de l'Assistance publique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. le Pr de Nabias est nommé, pour une période de trois ans, doyen de la Faculté de Bordeaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le Pr Vialleton, ancien doyen, est nommé doyen honoraire de la Faculté de Montpellier.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hopitaux de Paris.* — Ce concours sera ouvert le lundi 25 mars 1901, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique de midi à trois heures. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 18 février, et sera clos définitivement le lundi 4 mars, à trois heures.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX DE LYON. — Par suite du départ de MM. Teissier et Bouveret, différents arrangements ont eu lieu le 1er janvier dans le service hospitalier. MM. Mon[illegible] et Roque sont entrés à l'Hotel-Dieu ; MM. Lyonnet et Courmont ont passé a l'hopital Saint-Pothin, MM. Chatain et Mollard entrent à l'hôpital de la Croix-Rousse ; M. Bret est entré comme titulaire au Perron. (*Lyon Medical* du 6 janvier 1901).

GROSSESSE AVEC HYMEN VIRGINAL. — *Le Journal of the Amer. med. Assoc.* (4 aout), rapporte d'après le *Tidsskrift till net Vorske Laegeforneing*, un nouveau cas de grossesse malgré l'hymen intact, cas décrit par le Dr H. Brodtharb. Les couches eurent lieu sans accident, à terme. L'hymen a été trouvé avant l'accouchement absolument intact, et présentait une fente transversale d'un quart de centimètre. Le coit s'effectuait par l'urètre fortement distendu, ce dont les époux ne se doutaient meme pas. (*Lyon Médical* du 6 janvier 1901).

MÉDECINS ET MUTUALISTES. — Tous les médecins de la ville d'Arras, sauf deux exceptions, ont adressé leur démission à la société communale de secours mutuels, comprenant 700 membres, vu les exigences de la Société et l'insuffisance des honoraires qui leur étaient attribués.

MÉDAILLE D'OR. — La médaille d'or des conseils d'hygiène a été décernée à MM. le Pr Jungfleisch, du conseil d'hygiène de la Seine, et Bezançon. chef de la 2e division de la préfecture de police.

NOMINATIONS. — Le Dr Albert Josias, médecin de l'hôpital Trousseau, est nommé, par décret, membre du comité supérieur de protection des enfants du premier âge, en remplacement du Dr Bergeron, décédé.

EN LÉTHARGIE. — On signale dans l'hôpital de Saint-Spiridion, à Jassy, un cas extraordinaire de léthargie. Il s'agit d'une jeune fille qui, le 14 décembre 1900, s'endormit, après avoir subi une opération sous l'influence du chloroforme et qui, depuis, ne donne signe de vie que quelques instants toutes les dix ou quinze heures, se rendormant aussitôt. Les médecins attribuent ce sommeil léthargique à l'effet du chloroforme sur le système nerveux de la jeune fille, mais d'après eux elle reprendra ses facultés aussitôt que l'influence du chloroforme sera maitrisée par quelque antidote. En tous cas, elle sera passée d'un siècle dans l'autre sans trop d'émotion. (*La France*, du 11 janvier 1901),

UN PHÉNOMÈNE. — On annonce la mort, à Saint-Louis, d'une femme, pesant 508 livres. Mme Stump avait une taille de six pieds. Ses funérailles ont causé toute sorte d'ennuis à l'entrepreneur des pompes funèbres; il a dû commander un cercueil de sept pieds avec douze poignées, et il a fallu choisir des hercules. Malgré son poids énorme, Mme Stump pouvait vaquer à tous les travaux du ménage. Des directeurs de cirques, des montreurs de curiosités lui ont fait, maintes fois, des offres importantes pour s'exhiber en public, mais elle a toujours refusé avec dédain de s'exposer. Les Américains viennent donc de perdre un des phénomènes dont ils s'enorgueillissaient. Les phénomènes, il est vrai, sont là-bas si communs, que pour un de perdu dix de retrouvés... (*L'Epoque* du 17 octobre 1900.)

HYSTÉRIE DANS L'ARMÉE ALLEMANDE. — D'après un article paru dans la *Gazette médicale militaire*, on n'a pas constaté moins de 142 cas d'hystérie dans l'armée allemande pendant l'espace de deux mois et demi. A ces cas d'hystérie viennent s'ajouter 24 accidents nerveux, survenus à la suite de blessures et 109 cas de neurasthénie. La plupart du temps, ces maladies se produisent chez les soldats sous forme des mouvements musculaires. Les crampes hystériques se produisent souvent après de fortes émotions ou à la suite de grande fatigue physique. Les crampes passées, le malade reste souvent dans un état d'esprit particulier, qui lui fait commettre des actes que le Code militaire punit très sévèrement. Le malade est, entre autres, poussé à s'éloigner de son corps et à errer sans but dans la campagne. (*Le Temps* du 17 octobre 1900.)

REBOUTEURS CONDAMNÉS. — Frédéric Fouqué et son fils Joseph, demeurant au Gast, arrondissement de Vire, ont la réputation de remettre admirablement les membres cassés. Ils sont véritablement connus à vingt lieues à la ronde et renommés pour leur adresse. Cependant elle est parfois en défaut, car le jeune Touyon, qui s'était cassé le bras gauche, ayant eu recours à l'adresse des Fouqué, est resté infirme de ce membre, ce qui a motivé sa réforme comme soldat. Un autre, Louis Enjourbault, garçon meunier, s'étant cassé la jambe gauche, fut confié aux Fouqué, qui remirent si mal la jambe, qu'Enjourbault boitera toute sa vie. Ces faits étant parvenus à la connaissance du parquet, les deux rebouteurs ont été poursuivis et condamnés : le père à 25 francs d'amende et le fils à 16 francs pour exercice illégal de la médecine. (*Le Bonhomme Normand*, 19 octobre 1900.)

FEMMES PROFESSEURS EN ITALIE. — Deux femmes le même jour ont fait leur début dans l'enseignement supérieur. A l'université de Rome, Mme Thérèse Labriola, fille du professeur bien connu, a ouvert un cours libre de philosophie du droit. Sa leçon inaugurale avait pour sujet : « Comment la philosophie du droit peut aboutir à la solution des problèmes sociaux ». Le public venu pour assister à cette première leçon était tellement nombreux que la « professeresse » a dû se rendre dans un amphithéâtre plus spacieux que celui qui avait été primitivement désigné. A l'université de Pavie, Mlle Rina Monti a ouvert également devant un très nombreux auditoire d'étudiants, de naturalistes et de médecins, son cours libre d'onatomie comparée du système nerveux. (*Le Temps*.)

MONUMENT AU Pr OLLIER. — On annonce de Largentière, qu'un monument va être élevé par souscription à la mémoire du Pr Ollier, aux Vans, sa ville natale, sur une place qui portera son nom.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les Drs Lannois (de Lyon) et Nogier. — *Officiers d'Académie* : MM. les Drs Collet (de Lyon); Girard (de Charbonnières); Gacon (de Bordeaux).

ÉTUDIANTS ET MÉDECINS PROSCRITS. — Le *Petit Sou* nous apprend que trois étudiants en médecine, MM. Nouri, Ahmed et Mazini, qui publient à Londres le journal *Osmanli*, ont été condamnés à mort pour crime de lèse-majesté, heureusement par contumace. D'autre part, le Dr Kemal et M. Nomira, qui vivent retirés à Paris, ont été condamnés aux travaux forcés à perpétuité, pour avoir publié un ouvrage jugé séditieux par le gouvernement turc.

UN CENTENAIRE. — Voulez-vous devenir, et voir peut-être l'an 2000? Faites vingt-cinq fois le tour du monde. Ainsi fit, parait-il, le chimiste américain, Nathaniel Wells qui vient de mourir à Washington, à l'âge de 107 ans. Il est vrai que cet étonnant vieillard attribuait lui-même sa longévité à trois pratiques : être toujours de bonne humeur, manger de bon appétit et prendre un bain tous les jours. C'est moins difficile, pour la plupart des mortels, que de recommencer vingt-cinq fois le voyage circulaire de Philéas Fogg. (*La France* du 14 décembre 1900.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. — *La défense du vin et la lutte contre l'alcoolisme*, par le Dr E. Mauriac. Brochure in-8° de 114 pages. Paris, 1901, Octave Doin, éditeur, place de l'Odéon, 8. Prix : 2 francs.

NÉCROLOGIE. — Mme le Dr EDWARDS-PILLIET, notre distinguée collaboratrice, vient d'avoir la douleur de perdre sa mère. Le *Progrès médical*, en cette triste occasion, lui adresse toutes ses sympathie et ses sincères condoléances

AVIS IMPORTANT A MM. LES DOCTEURS

POSTE MÉDICAL. — Clientèle à céder dans la banlieue de Paris. S'adresser à M. GUINIER, *rue de Trévise*, 36.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Dr Jules VOISIN a commencé le jeudi 10 janvier 1901, à 10 h. du matin, une série de conférences sur les maladies mentales et nerveuses, dans son service à la Salpêtrière. Il les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

ASILE CLINIQUE (Sainte-Anne). — M. le Pr JOFFROY a recommencé le cours de clinique des maladies mentales le lundi 14 janvier, à 2 heures et demie, à l'amphithéâtre et les continuera les vendredis et les lundis suivants, à la même heure.

HÔTEL-DIEU. — M. le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Leçons de clinique chirurgicale, le jeudi à 10 heures. Opérations avant la leçon. — Opérations abdominales le mardi. Visite dans les salles, le mercredi, salle Saint-Cosme (hernies), et le samedi, salle Sainte-Marthe (femmes). Massage, par le Dr DAGRON, le mardi et le vendredi.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. HALLOPEAU : samedi à 10 heures du matin, salle Bazin, conférences cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques.

HÔPITAL BROCA (annexe Pascal), 111, rue Broca. — M. S. POZZI, chirurgien en chef de l'hôpital Broca : *Conférences de gynécologie clinique*, le vendredi à 10 heures. Un cours de *Gynécologie pratique* est fait les lundis et mercredis, à 10 heures. Ce cours sera complet en 20 leçons. Démonstrations d'*Histologie* sur les pièces du service, le samedi, à 10 heures, par le chef du laboratoire de service.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc.) — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas.) — M. le Pr BUDIN. — Mardi et samedi à 9 heures du matin.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — M. le Pr RAYMOND (Hospice de la Salpêtrière). Mardi et vendredi à 10 heures.

LEÇONS CLINIQUES D'OBSTÉTRIQUE (Hôpital de la Charité). — M. le Dr MAYGRIER, agrégé, jeudi à 9 heure. leçon, tous les jours à 9 heures, visite ou consultation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

THE MEDICAL PUBLISHING COMPANY LIMITED
Clinical Journal office :
22 Bartholomew. Close-Londres.

ARBUTHNOT LANE. — Cleft palate and adenoids. Treatment of simple fractures by operation. Diseases of joints. Operative treatment of cancer. Aquired deformities. Antrectomy. Hernia, etc. Volume in-8, cartonné de VI-344 pages, avec 166 figures.

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES,
4, rue Antoine-Dubois.

DHEUR (P.). — Comment on se défend contre l'insomnie. Volume in-18 de 49 pages. — Prix . . . . 1 fr.

D'ENJOY (P.). — La santé aux colonies. Manuel d'hygiène et de prophylaxie climatologiques. Médecine coloniale. In-8 de 243 pages. — Prix . . . . 4 fr.

LABONNE (H.). — Comment on défend sa bouche. La lutte pour la conservation des dents. Brochure in-8 de 38 pages avec 2 figures. — Prix . . . . 1 fr.

PETIT (G.). — Comment on défend ses enfants, la lutte contre leurs maladies. Brochure in-8 de 60 pages. — Prix . . . 1 fr.

VICENTE (M.). — Le paludisme à Paris. Tome II. In-8 de 317 pages, avec 44 fig. et 1 planche en couleurs. — Prix. 5 fr.

Librairie E. FLAMMARION.
26, rue Racine.

TRÉLAT (E.). — La Salubrité. Volume de la *Vie nationale*. In-16 de VI-352 pages. — Prix . . . . 3 fr. 50

Librairie G. STEINHEIL,
2, rue Casimir-Delavigne, 2.

BERTHERAND (L.). — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire des jeunes enfants. Volume in-8 de 120 pages.

BICHAT (X.). — Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine. 1re partie en 2 fascicules formant ensemble 525 pages. — Prix. . . . . 3 fr. 50

CADEL (A.-Ed.). — Les injections de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire. Application à l'anesthésie dans les opérations. In-8 de 42 pages.

GIRES (P.-E.). — L'instruction dentaire à l'étranger. Précédé d'une préface par le Pr Brouardel. In-8 de 90 pages.

GIRES (P.-E.). — Fistules odontopathiques In-8 de 8 pages.

LEMANSKI. — L'art pratique de formuler. Volume in-12 de 256 pages. — Prix . . . . 3 fr. 50

ROCHET (V.). — Chirurgie du rein et de l'uretère; indications. Manuel opératoire. Volume in-12 cartonné de 368 pages, avec 50 figures. Prix. . . , ... 6 fr.

REVUE SOCIALISTE. — Avec son numéro du 15 janvier courant, la *Revue socialiste*, qui fut fondée en 1885, par Benoit-Malon, entre dans sa dix-septième année. Le 33e volume de sa collection, laquelle devient, malgré de nombreuses réimpressions, de plus en plus rare, commence par une série d'articles, dont le simple énoncé suffit pour montrer l'intérêt toujours croissant de cette vaillante revue, qui se recommande à tous, amis ou adversaires.—Tolstoï, « Nicolas Palkine », Joseph Sarraute, « Socialisme d'opposition, Socialisme de gouvernement et Lutte de classe »; Dick May, « Quelques reflexions sur les Universités populaires »; Pierre Bertrand, « Le Livre rouge »; un Universitaire, « Le faux Libéralisme ». Ch. Rappoport, « Qu'est-ce qu'une loi de l'histoire? »; Chroniques de Gustave Rouanet, G. Boz, Valery Hermay.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste, chez tous les libraires et à l'administration de la *Revue socialiste*, 27, rue de Richelieu, Ier, Paris). (France, un an : 18 fr.; Etranger, un an : 20 fr.). (Un numéro spécimen, avec le tableau synoptique des principaux articles parus depuis la fondation : 1 fr.).

Le Rédacteur Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 5. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 2 FÉVRIER 1901.

Le Progrès Médical

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Le Mal des Altitudes :

Le mal de montagne comparé au mal de ballon — observations faites pendant treize jours au sommet du Mont-Blanc (*suite*) (1) ;

Par le Dr E. GUGLIELMINETTI (de Monte-Carlo).

Nombreuses sont les théories qui ont été émises sur l'origine du mal de montagne. Je ne vous présenterai que les plus scientifiques d'entre elles, celles qui sont basées sur les influences physico-chimiques occasionnées par la diminution de la pression de l'air dans les hautes régions. Le froid, le dérangement de la digestion, la fatigue aggravent sans doute le mal, mais ne suffisent pas pour l'occasionner. Il me semble même que la fatigue ne joue pas dans le mal le grand role qu'on lui attribue généralement.

Laissons de côté les explications qui tendent à prouver que les gaz du sang se dilatent et troublent la respiration, en empechant la circulation dans les vaisseaux capillaires. Les gaz du sang sont solidement fixés et ne se dégagent qu'aux pressions voisines de zéro. Nous laisserons aussi de côté la théorie qui veut que ce soient les gaz des intestins qui se dilatent de telle manière que les intestins enflés poussent le diaphragme vers le cœur et occasionnent la dyspnée et les palpitations. Kronecker a montré qu'on peut injecter plus que le double du contenu de l'abdomen à un lapin sans provoquer de troubles dans la respiration.

M. A. Mosso, de Turin, a proposé tout récemment une nouvelle théorie du mal de montagne. D'après lui, aux grandes altitudes l'acide carbonique s'échappe du sang en telle abondance, qu'il en résulte un appauvrissement de l'organisme en acide carbonique — l'*acapnie*, — ce qui doit nuire au fonctionnement des centres nerveux, qui règlent la respiration et le cœur ainsi que le tractus intestinal, innervé par le vague. M. de Cyon, dans ses comptes rendus à l'Académie en 1867, expliquait de la même façon les modifications que les *hautes* pressions produisent dans la circulation et la respiration : « La tension de l'acide carbonique, cet excitant principal des centres vasomoteurs et respiratoires, diminuant dans le sang, la pression sanguine tombe au minimum et la respiration s'arrête. Les battements du cœur s'accélèrent par la même raison. De l'action toxique de l'oxygène, il n'y a nulle trace. »

(1) Voir *Progrès médical*, n° 4.



Fig. 15.

C'est en constatant, comme nous du reste, que le mal de montagne apparaissait à des hauteurs relativement basses, où la dépression barométrique ne peut pas encore avoir enlevé l'oxygène à l'hémoglobine du sang, que M. Mosso a cherché une meilleure théorie — l'acapnie — mais, il dit lui-même qu'elle ne suffit pas à elle seule d'expliquer tous les symptomes du mal de montagne.

Il est certain qu'elle doit avoir une influence sur le système nerveux, si sensible aux moindres variations qui se produisent dans l'acide carbonique du sang.

Dans son dernier livre, paru il n'y a que quelques jours, Mosso parle de l'analogie frappante entre le mal de montagne et les symptômes de l'asphyxie par l'oxyde de carbone, dont les accidents mortels correspondent parfaitement aux cas de mort survenus dans les ascensions en ballon (1).

Haldane, un Anglais, a démontré par des expériences fort courageuses sur lui-même que le tiers de l'oxygène de notre sang peut être détruit par l'oxyde de carbone sans que des symptômes désagréables se manifestent, jusqu'au moment où l'on veut monter l'escalier, alors commencent les palpitations fréquentes du pouls, maux de têtes, vomissements.

D'après Mosso, l'anoxyhémie est produite par l'oxyde de carbone et non par le manque d'oxygène. Ce n'est pas l'oxygène qui manque au travail des muscles, travail qui aggrave le mal de montagne, et la consommation de l'oxygène reste la même pour le même travail des muscles.

Les expériences de M. Mosso ne se sont portées que sur l'homme en repos.

M. Kronecker a fait faire des expériences à un de ses



Fig 16. — Bosses du Dr[illegible]

élèves, à M. Burgi, au Brienzerrothhorn et au Gornergratt tout dernièrement, qui démontrèrent que l'intensité des échanges respiratoires n'est pas modifiée à l'altitude chez l'homme en repos, mais le travail dans ces altitudes produit dans cette intensité une augmentation plus forte que dans la plaine. L'absorption de gaz en marchant sur une montagne peut être diminuée de beaucoup par l'*entraînement*, de façon que le même travail au sommet d'une montagne et dans la plaine occasionne une élimination de la même quantité d'acide carbonique. La théorie la plus en vogue est celle de Jourdannet et de Paul Bert, qui attribue le mal à l'insuffisance de l'oxygène dans l'air raréfié, de façon qu'à la suite de la tension diminuée de l'oxygène sur les hautes montagnes, il résulte un appauvrissement du sang en oxygène, l'*anoxyhémie*. Cette pensée d'attribuer le mal à une diminution de l'oxygène du sang, par défaut de pression, n'est donc pas seulement d'accord avec la nature apparente de ces accidents, mais les résultats des expériences semblaient en démontrer l'incontestable justesse.

C'est pourquoi nous avions pleine confiance dans les inhalations d'oxygène pur — mais, hélas ! nous n'avons pas trouvé l'amélioration que nous attendions.

Il est possible que, sous la cloche pneumatique, les choses ne se passent pas tout à fait comme sur les montagnes. Lœwy, entre autres, prétend que l'absorption d'oxygène et l'élimination d'acide carbonique par la respiration dans l'air raréfié, à 440 millimètres (hauteur du Mont-Blanc) pour une unité de travail, est égale comme sous pression ordinaire de 760 millimètres. En augmentant la raréfaction sous la cloche, l'absorption d'oxygène diminue, mais l'élimination d'acide carbonique augmente considérablement. Sur les montagnes d'altitudes moyennes, de 3.000 mètres, par exemple, on trouve déjà une augmentation considérable de gaz res-

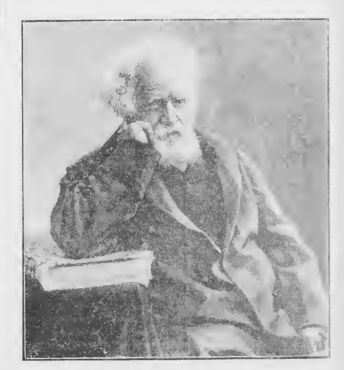


Fig. 17. — M. Jansen, membre de l'Institut.

piratoires. Les effets de l'altitude et les effets de la raréfaction d'air ne sont pas tout à fait les mêmes. Et puis, la dissociation de l'oxygène sur la dépression atmosphérique se fait beaucoup plus tard qu'apparaissent les symptômes du mal sur les montagnes. L'oxygène n'abandonne le sang qu'à la suite d'efforts pneumatiques conduisant tout près du vide absolu — et nous constatons des effets de la raréfaction d'air, souvent déjà à 3.000 mètres, baromètre 52, quelquefois même au-dessous, à Zermatt, par exemple, 1.600 mètres seulement, baromètre 62.

Je doute que ce ne soit que l'insuffisance de l'oxygène dans l'air raréfié qui occasionne tous ces troubles, car ces troubles devraient en ce cas plutôt augmenter par un séjour prolongé ; on ne peut pas croire, comme fait fort bien remarquer M. Kronecker, que de même que nous nous habituons aux poisons, à l'excès de la chaleur et du froid, notre organisme finisse par s'habituer à l'appauvrissement de l'oxygène. La formation de nouvelles globules rouges dans l'altitude (de 1 à 3.000 m.),

(1) Je lis dans le *Journal* du 30 décembre, à propos de la mort de M. et de Mme Tarbé, les phénomènes observés dans un empoisonnement de ce genre sont les suivants : pesanteur de tête, céphalalgie avec sentiments de compression aux tempes, vertiges, tendance au sommeil, titubations, troubles de la vue, embarras de la respiration, oppression, accélération et affaiblissements du pouls, vomissements, convulsions, mort.

démontrée par Viault, Mercier, Egger, peut, en offrant plus de surface à l'absorption de l'oxygène, jouer un certain rôle de compensation. Mais au Mont-Blanc 4.600 m. nous n'*avons pas* remarqué cette augmentation pendant notre séjour de deux semaines, — au contraire nous avions constaté que, pendant les 3 ou 4 premiers jours, le nombre des globules rouges avaient diminué considérablement; ainsi que l'hémoglobine, de 10 pour cent en moyenne, pour ne revenir au niveau normal que le dixième jour — cela n'empêche pas, que nous nous sentions parfaitement acclimatés déjà vers le cinquième jour. Loin de vouloir contester l'augmentation des globules rouges dans les altitudes (je me souviens qu'un confrère prétendait tout dernièrement que les baromètres étaient vieux jeu et qu'on pouvait tout aussi bien trouver l'altitude d'une montagne en calculant le nombre des globules) il se pourrait que le bon climat réconfortant cesse aux environs des 2.500 à 3.000 m. dans nos Alpes, où commence un climat plutôt mauvais et nuisible à l'organisme humain.

Si la littérature sur le mal de montagne est prodigieuse, bien peu d'observations ont été faites sur le mal de ballon (1).

M. le Pr Pozzi, membre de l'Académie, a fait en 1873, près de Lyon, le premier tracé sphygmographique en ballon, avec le Dr Coutagne et le Pr Ch. Martins de Montpellier.

Partis à 10 heures 57 minutes de Lyon avec l'aéronaute Poitevin fils, ces messieurs ont atteint vers 1 heure, près de la frontière Suisse, l'altitude de 2.150 mètres, c'est à ce moment que M. Pozzi a pris le tracé sphygmographique, qui comparé à celui pris avant le départ, présente les particularités suivantes : ascension très brusque — léger plateau — descente assez rapide, marquée par un dicrotisme très accusé.

Ces particularités, d'après M. Pozzi, sont en rapport avec l'abaissement de la pression artérielle due à la décompression rapide dans les couches supérieures de l'atmosphère. Elles pouvaient être prévues *a priori* et constituent la contre-partie des intéressantes expériences de Vivenot avec l'air comprimé. Ici comme dans une expérience de laboratoire, il n'y a eu aucune influence perturbatrice de ce facteur unique : la décompression rapide. C'est ce qui donne à cette observation une valeur bien différente de celle qu'ont les tracés pris sur le sommet d'une montagne. Le travail musculaire exagéré et la fatigue agissent incontestablement sur le tracé, s'il est pris aussitôt l'ascension terminée; si on ne le prend qu'après plusieurs heures de repos, on doit craindre l'effet de l'accoutumance (2).

M. Vallot a pratiqué, la première fois dans une ascension en ballon, l'examen du sang au moyen de l'excellente méthode du Dr Hennoque, membre de l'Institut. Dans son compte rendu, il n'y a que quelques jours, à la Commission d'aérostation scientifique de l'Aéro-Club, M. Vallot a démontré qu'à 3.000 mètres déjà, il y a une diminution remarquable de la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine, c'est-à-dire de la consommation de l'oxygène du sang par les tissus. Ce phénomène peut être rapporté à deux causes : soit à la diminution de la quantité d'oxygène contenu dans le sang, soit à l'activité plus grande de la consommation de l'oxygène par les tissus.

(1) C'est le très sympathique Secrétaire de l'Aéro-Club, qui me l'a assuré, M. Emmanuel Aimé, qui constitue à lui seul en aérostation la plus complete des encyclopédies.

(2) Compte rendu a la Soc. de Biologie, 1885, par M. Pozzi.

Les aréonautes se préoccupent beaucoup de pouvoir séjourner dans les zones supérieures, non par vanité de sport ou pour faire des concours d'altitude, mais surtout dans un but scientifique, pour étudier les vents, en cherchant les courants favorables dont la rapidité et la constance sont réglés par les lois plus connues ou tout au moins plus générales que celles des vents inférieurs.

Quant au *mal de ballon*, voici quelques notes des plus célèbres aéronautes. Tissandier, en 1875, atteint la hauteur de 8.600 mètres, avec Crocé-Spinelli et Sivel qui furent les deux victimes de leur tentative hardie. Tissandier, qui avait résisté plus longtemps aux effets de la raréfaction de l'air, ne dut son salut qu'à la descente subite du ballon. « Mes pulsations sont 110 à la minute, nous sommes à 3.000 mètres, 25° au-dessous de



Fig. 18. — Crocé-Spinelli, Sivel et Tissandier.

zéro. A une heure, 6.000 mètres. Allons bien. Maintenant 6.500 mètres : Un peu d'oppression, mains gelées, nous allons mieux. Crocé souffle. Respirons oxygène dans ballonets. Sivel et Crocé ferment les yeux. Pâles... un peu mieux, même un peu gais. Crocé me dit en riant : « Tu souffles comme un marsouin. » 1 h. 20, sommes à 7.000 mètres, Sivel parait assoupi... Sivel et Crocé sont pâles .. pâles... 7.400 mètres (sommeil). A 7.500... Sivel jette lest encore... Sivel jette lest... Avons dépassé altitude de 8.000 mètres et sommes tombés dans un état d'anéantissement complet. Je me suis réveillé un moment et j'ai vu que le ballon descendait, puis je me suis évanoui et à 3 heures j'ai ouvert les yeux à 6.000 mètres. Sivel et Crocé avaient la figure noire, la bouche pleine de sang. Ils étaient morts. »

Cette année-ci. au concours d'altitude, M. Jacques Balsan et M. Louis Godard ont atteint, le 23 septembre, 8.417 mètres.

Voici quelques extraits du livre de bord que M. Louis Godard a eu l'obligeance de me communiquer:

« A 3 heures, nous sommes à 3.500 mètres; à 3 h.15, à 4.500. Nous prenons de l'oxygène. A 3 h. 40, à 5.100 mètres. Nous commençons à être indisposés depuis

5.000 mètres. Le pouls a passé de 67 à 84 pulsations, les tempes nous font mal, nos visages sont pâles, notre vue se brouille légèrement.

« Nous avons chacun trois ballons d'oxygène près de nous, et il est expressément convenu que, dès que l'un de nous aura une syncope, l'autre manœuvrera pour descendre.

« A 3 h. 50, à 6.000 mètres. Le travail devient difficile. Je ne puis plus écrire et je prends davantage d'oxygène pour me remettre. Balsan souffre et ne peut plus manœuvrer, il lui est impossible de parler et d'approcher son tube de sa bouche ; sa main en reste à dix centimètres et sa volonté n'agit plus. Je lui présente

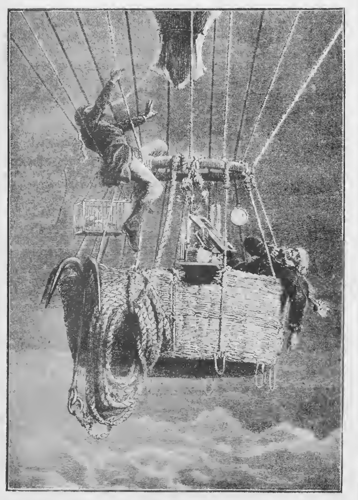


Fig. 19. — MM. Glaisher et Coxwell.

vivement un tube et lui envoie de l'oxygène en quantité. En une minute et demie il est debout. Trois minutes après, c'est le tour de Louis Godard d'être indisposé. Le dos appuyé au bord de la nacelle, contre une corde, il a laissé échapper son tube et ne peut plus le reprendre. Même malaise, mêmes souffrances, même impossibilité d'action.

« A 4 heures : 7.000 mètres. Nous souffrons tous les deux et nous ne nous parlons plus, nous n'avons plus de force ni l'un ni l'autre, et il faut nous mettre à deux pour monter un sac sur le bord de la nacelle. Nos yeux recommencent à se brouiller.

« A 4 h. 30, nous sommes à 8.400 mètres. Il est préférable de s'en tenir là, et nous descendons. »

Un Anglais, M. Glaisher, a atteint la hauteur de 8.860 mètres, en 1865 — sans oxygène — il a souffert du mal de ballon, ainsi que Coxwell, son compagnon. Il se plaignait surtout de la grande difficulté de se servir de ses bras, qui étaient comme paralysés.

Un Allemand, M. le Pr A. Berson, a atteint la plus grande hauteur 9.150 mètres, en ballon *Phœnix*, le 4 décembre 1894.

Voici quelques notes de son carnet qui nous intéressent : « Une heure après départ à l'altitude de 6.100 mètres, légères palpitations, 25° au-dessous de zéro. A 8.000 mètres, j'ai de la tendance au sommeil, ma vue se trouble, mais, à 7.000 mètres, j'avais préparé mon appareil à respiration, un cylindre en acier, très haut et contenant 1.000 litres d'oxygène comprimé à 100 atmosphères de pression (1), un tuyau de caoutchouc pour ma bouche. Je sens du vertige dans ma tête, des palpitations de cœur ; à part cela, je suis en bon état et parfaitement capable d'observer, de penser et d'écrire.

« Je respire de l'oxygène; dès que je cesse pour quelques instants seulement, soit pour travailler dans la nacelle, soit pour m'observer, les palpitations de cœur augmentent, je commence à trébucher et j'empoigne de suite le tuyau de mon gaz, qui me ranime. Malgré l'oxygène, à un moment donné, mes yeux se fermaient, je me réveille en m'insultant de vive voix, car je sens que beaucoup est en jeu en ce moment. A 9.000 mètres, je dépasse les nuages et je me sens plus libre et mieux jusqu'à 9.155 mètres où je préfère descendre par crainte de manque de lest. »

Un ami de M. Berson, M. Gross, qui l'accompagnait dans une autre ascension à 8.000 mètres écrivait ceci :

« Départ à 9 h. 20, arrivée à 5.200 mètres nous avions déjà vidé un de nos deux ballons d'oxygène et nous commencions à souffrir des palpitations de cœur. A 7.000 mètres, à 9 h. 40, à 30° au-dessous de zéro, nous souffrons du froid, mais l'énergie nous manque de prendre nos pelisses qui sont à côté de nous. Notre corps est absolument apathique, mais la volonté est forte et le désir très vif de monter encore 1.000 mètres. Nous respirons de l'oxygène de temps en temps, qui nous fait du bien.

« A 10 h. 40, nous sommes à 8.000 mètres, mais si faibles et misérables, et somnolents malgré l'oxygène que nous respirons que nous préférons descendre lentement.

« Néanmoins, nous nous sentons toujours plus mal et sommes prêts à nous évanouir. »

C'est à peu près la même remarque que M. Mallet me faisait à propos de son ascension à 7.000 mètres, en 1887, qu'il a atteint en deux heures et demie sans trop souffrir, cependant quelques troubles de la vue, qui s'amélioraient par la respiration de l'oxygène. A la descente très rapide, en vingt minutes, un grand malaise l'a pris ainsi que son compagnon, des nausées, palpitations de cœur, presque des évanouissements.

De son côté, M. le comte Henri de la Vaulx qui était accompagné par M. Maison, m'a raconté avoir atteint l'altitude de 7,200 mètres le 23 septembre 1900.

L'ascension commença à 2 heures 30 de l'après-midi; à 4 heures les aéronautes se trouvaient à 3.500 mètres, à 5 heures à 6.000 mètres. Je ne me sens aucun malaise (écrit le comte de la Vaulx qui de temps en temps respirait de l'oxygène bien qu'il n'en avait nul besoin) et je jouis d'un panorama merveilleux. Je donne l'ordre à Maison de jeter un sac de lest, les forces lui manquent,

(1) Et M. Paul Bert qui prétendait que l'oxygène était un poison à cinq ou six atmosphères de pression ?

il lâche le sac par-dessus le bord et retombe lui-même sans connaissance au fond de la nacelle. Je lui enfonce immédiatement la tétine du tube d'oxygène au fond de la bouche. Il était temps, quelques secondes ensuite, il ouvre les yeux, bientôt il est complètement ragaillardi. A 5 heures 20, ils sont à 7.200 mètres. Nous n'éprouvons aucun malaise, ni même aucune sensation désagréable.

Le mal de ballon ne commence donc que vers 6.000 mètres, sans que l'aéronaute ait souffert du manque d'air auparavant. C'est au moment qu'il veut faire un effort qu'il est pris subitement par une syncope, sans aucune douleur, comme un évanouissement. M. Maison m'a dit : qu'il se sentait partir pour un autre monde, sans aucune peine; il lui semblait, quand il est revenu à lui, que cela aurait dû être bien doux de mourir ainsi. C'est à peu près la même remarque que font les personnes gravement atteintes du mal de montagne : cette prostration absolue des forces musculaires, ce grand abattement d'esprit rendent la personne absolument indifférente contre tout danger. On voudrait rester là où l'on est, même sur la neige, pendant toute la nuit à plusieurs degrés au-dessous de zéro, pourvu qu'on vous laisse tranquille. Il est inutile d'ajouter que le froid intense est souvent pour beaucoup dans ces grandes prostrations.

D'après nous, et c'est l'opinion de M. Kronecker, il semblerait que le mal doit être attribué plutôt à des troubles mécaniques dans la circulation du sang, qui par suite de la diminution de la pression atmosphérique se trouve attiré vers la circulation périphérique, de là le gonflement très visible des veines des extrémités. Ces veines distendues renferment tant de sang que la pression dans les artères tombe et que le cerveau ne reçoit plus suffisamment de sang (envie de dormir, faiblesses).

Les stagnations de la veine-porte pourraient, à un degré plus élevé, influencer sur l'état de vacuité des artères, et les phénomènes qui s'observent dans les sphères de la nutrition (nausées, vomissements) pourraient tenir à une mauvaise irrigation du bulbe, siège des centres respiratoires et cardiaques. Le mal viendrait donc de ce que, par suite de la réduction de la pression de l'air, les vaisseaux pulmonaires gonflent, ce qui, produisant des stagnations dans les petits circuits, provoque une extension des cavités de droite du cœur. Les malades de mal de montagne ont le teint cyanosé et donnent absolument l'impression de personnes atteintes d'affections cardiaques.

La principale objection à cette opinion est dans la « Cure d'Altitude », un très intéressant travail de M. Paul Regnard : « Il est certain que si la pression diminue sur la surface extérieure des vaisseaux, elle diminue du même coup sur leur face intérieure et rien n'est changé dans l'équilibre du corps. Le fait de la ventouse qui attire le sang à l'extérieur n'est en aucune façon comparable ; c'est la pression sur le reste du corps qui pousse le sang dans les vaisseaux placés sous elle. Mais rien ne se passerait si la ventouse enveloppait toute la surface de la peau, puisqu'il n'y aurait pas un seul point qui ne fût en équilibre de pression. »

Mais il n'en est pas moins vrai que des compressions et des décompressions partielles existent dans la circulation. M. de Cyon a vu à l'œil nu, au fur et à mesure que la pression barométrique augmente, un rétrécissement des vaisseaux périphériques (1). La peau et les muqueuses pâlissent, l'oreille devient presque exsangue et l'absence de toute variation manométrique dans l'expérience indique que le rétrécissement observé ne dépasse pas les vaisseaux périphériques ; en un mot que c'est une action purement mécanique de la compression. Les différences d'élasticité entre les différents tissus suffisent parfaitement pour rendre compte de ce phénomène. M. Panum a déjà fait remarquer que la différence entre l'élasticité des poumons et celle des parois abdominales doit produire des perturbations dans l'organisme quand on le soumet à une forte pression barométrique. Le phénomène auditif qu'on observe sur soi-même prouve que l'équilibre des pressions dans les diverses parties du corps ne s'établit pas du premier coup, ni tout seul.

Lander Brunton, dans sa Pharmacologie, parle de plusieurs cas de malades qui en se levant brusquement dans leurs lits ont eu des syncopes, qu'il explique par



Fig. 20. — Vue du Mont-Blanc prise du Brévent.

l'afflux du sang dans les intestins. Il est un fait notoire que les vaisseaux intestinaux peuvent contenir plus de sang que nous en avons dans tout le corps, l'antagonisme entre les vaisseaux intestinaux et les vaisseaux périphériques existe. M. d'Astre parle du balancement entre la circulation cutanée et viscérale. A côté de cela la boîte cranienne est incompressible et l'équilibre du liquide cérébro-spinal doit certainement être influencé par la décompression.

Cette année-ci, trois docteurs viennois, MM. Heller, Mager et V. Schrotter, ont trouvé des résultats chimiques analogues à ceux de M. Paul Bert, en soumettant des animaux à de fortes compressions, mais point de modifications dans la circulation du sang par l'effet mécanique. M. de Cyon leur répond : 1° Que ce n'était pas la vraie façon de tuer des animaux par des *coups sur le crâne*, pour constater si les hautes pressions provoque-

(1) Influence des hautes pressions atmosphériques sur l'organisme animal, par de Cyon.

raient des congestions cérébrales. 2) Quant au résultat de M. Paul Bert, deux américains, après de Cyon, MM. Clarke et V. Rensselaer, avaient démontré que les expériences de M. Bert ne résistent point à une critique sérieuse, et que ses appareils étaient très fautifs. 3) Il n'est pas admissible de tirer des conclusions d'une analyse faite avec du sang mélangé de plusieurs animaux qui ont été soumis à des expériences différentes.

Une théorie ainsi basée essentiellement sur des phénomènes de la mécanique circulatoire permettrait peut-être d'expliquer le fait suivant, que nous avons observé d'une façon constante et dont on ne peut voir le lien avec une théorie basée sur l'anoxyhémie. En tout cas, ce phénomène vaut la peine d'être cité pour lui-même : Du Grand-Plateau, il y a deux chemins qui conduisent au sommet du Mont-Blanc, l'un à droite, par les Rochers des Bosses et l'observatoire de M. Vallot, l'autre à gauche par le Corridor. On ne prend ce dernier chemin que lorsqu'on risque d'être emporté par la tempête sur les Bosses du Dromadaire, au-dessus des Rochers des Bosses.

Dans le *Corridor*, il n'y a presque pas de vent, mais il est un fait connu que tout le monde, ascensionnistes ainsi que les guides et porteurs, y souffre beaucoup plus du mal qu'en prenant le chemin des Bosses. On sait que le mal n'est pas le même sur toutes les montagnes, et les symptômes sont généralement moins forts sur les sommets libres, exposés à tous les vents.

Comment expliquer cette action du vent, sinon d'après l'idée de M. Kronecker, par une constriction réflexe des vaisseaux cutanés, qui viendrait contre-balancer, dans une certaine limite, les modifications circulatoires, que nous avons indiquée plus haut. M. Lapicque, maître des conférences à la Sorbonne, qui nous a suggéré des réflexions sur des phénomènes observés par nous, nous rappelait en même temps, qu'il y a quelque chose d'analogue dans le mal de mer ; le mal de mer n'est peut-être pas si éloigné du mal de ballon que le ferait croire la théorie exclusive de l'anoxyhémie. Or il est d'observation courante que l'impression du vent frais sur la figure soulage au moins les premiers symptômes de ce mal mystérieux.

En résumé, nous n'avons pas la prétention de formuler une nouvelle théorie du mal de montagne, nous avons voulu seulement apporter quelques faits d'observations personnelles pour une théorie dans laquelle, me semble-t-il, l'*anoxyhémie* jouera un rôle moindre que les troubles mécaniques de la circulation. Le rôle de décompression, d'après nous, a été trop négligé dans les explications du mal des altitudes. Il va sans dire que la tension diminuée de l'oxygène sur les hautes montagnes, y rend la vie difficile et même impossible là où il n'y a presque plus d'air — les aéronautes trouveront donc toujours un certain soulagement dans l'oxygène pur ou mieux encore, très probablement, en emportant de l'air liquide de Linde en ballon. — On est en train de faire des expériences en ce moment, d'après ce que m'a dit M. Cailletet, membre de l'Institut. Mais c'est aussi sur la circulation qu'il nous faudra porter notre attention, en essayant des remèdes qui agissent sur les vaisseaux sanguins et sur le cœur, comme le coffeïne, strychnine, les injections hypodermiques de sérum artificiel, qui d'après les si intéressantes communications du regretté Dr Chéron et du Dr Maurice de Fleury élèvent la tension artérielle en provoquant une hyperglobulie instantanée.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Réformes hospitalières.

L'isolement effectif des agités temporaires dans les hôpitaux.

La Société médicale des hôpitaux de Paris a émis le vœu, dans une de ses dernières séances, sur la proposition de M. Legendre, que « dans chaque hôpital un local soit aménagé spécialement pour l'isolement *effectif* des agités temporaires. » Il est en effet dangereux, au plus haut degré, de maintenir dans les salles communes des malades agités, le plus souvent atteints d'affections aiguës ; car leur agitation, qui résulte de l'infection qui les a frappés ou de l'intoxication alcoolique, est le plus souvent de courte durée. Il existe bien, dans la plupart des hôpitaux, de petites salles permettant un isolement relatif ; mais contiguës aux services dont elles dépendent et dépourvues d'un personnel spécial, elles ne sont guère aménagées pour y maintenir des agités ; le manque de surveillance et la proximité des autres services rendent ainsi l'isolement illusoire. L'internement dans un asile d'un délirant au cours d'une maladie aiguë ne saurait être conseillé. Le transport pourrait aggraver l'état du malade. D'autre part, nous conviendrons, avec M. Joffroy, que l'internement dans un asile est, à notre époque, une tare réelle dont on ne doit pas frapper inconsidérément un malade. M. Joffroy a donné des exemples ; c'est un bon ouvrier atteint de délire passager, incapable de trouver à gagner sa vie à la sortie de l'asile ; ses patrons reculent devant la responsabilité que pouvait leur faire encourir une nouvelle attaque de folie. L'internement est en outre une déchéance pour la famille ; il porte souvent de sérieux obstacles au mariage des enfants. Préjugés, dira-t-on ? Mais du moment qu'ils existent, on doit chercher à en atténuer les conséquences. Et véritablement ceux qui, chaque jour, comme le médecin, se rendent compte de la transmission héréditaire des tares familiales, peuvent-ils reprocher aux autres la crainte bien légitime de s'allier aux fils d'un aliéné. Il ne faut donc pas à la légère interner dans un asile les malades temporairement agités et, comme dans la salle d'hôpital ils nuisent au repos et à la sécurité de leurs voisins, il est de toute nécessité de créer pour eux, dans chaque hôpital, un service d'isolement bien aménagé et pourvu d'un personnel instruit et suffisant.

Une fois ces services créés, signalons un abus qu'il faudra absolument empêcher : ce sera de laisser former dans l'hôpital un véritable asile d'aliénés. Certains médecins, poussés par le désir si respectable de s'instruire, auront alors encore plus de tendance que par le passé à conserver dans leurs services des paralytiques généraux ou d'autres aliénés véritables. La présence de ces derniers pourra causer des ennuis sans nombre et des dangers sérieux par l'encombrement des services d'isolement. La moindre vigilance administrative pourra mettre un terme à pareil abus, s'il venait à se produire.

Au sujet de la proposition de M. Legendre, MM. Barth, Troisier, Chauffard, etc., ont signalé de nombreuses réformes hospitalières à exiger de l'Administration :

l'isolement des malades à émanations fétides, la séparation des typhiques, tuberculeux et autres malades atteints d'affections transmissibles, l'insuffisance du personnel secondaire dans certains services, etc., etc. La Société médicale des hôpitaux a nommé une commission de réformes hospitalières destinée à rédiger une sorte de cahier des réclamations urgentes au nom de la Société tout entière. Et pour éviter que ces réclamations restent sans réponses, comme la plupart des revendications individuelles passées, la Société a décidé qu'elles seraient adressées au Préfet de la Seine, à l'administration de l'Assistance, au Conseil municipal, et même au besoin communiquées à la Presse.

Tous ceux qui ont souci de l'amélioration de nos hôpitaux approuveront sans réserves les intentions de la Société médicale des hôpitaux. Espérons que si elle intervient avec quelque énergie, on ne verra plus construire sans l'avis des médecins, auxquels ils sont destinés, des pavillons hospitaliers, des amphithéâtres d'autopsie (1) et même des hôpitaux entiers.

J. Noir.

L'inspection médicale des Ecoles primaires à Paris.

Le médecin, en général, a conservé comme privilège inaliénable et permanent, de s'abstraire assez facilement des petitesses qui l'entourent et de butiner, dans les moindres fonctions qu'il occupe, de quoi servir au bien public. Cette réflexion nous vient en appréciant les travaux des autres, notamment les discussions et rapports issus de collectivités médicales (Sociétés des Inspecteurs des Ecoles, des médecins de l'Assistance publique, etc.), et d'où reluit comme la poursuite instinctive d'un rôle éminemment social. Aussi, et quant à l'inspection médicale des Ecoles primaires, n'y a-t-il pas lieu, du moins présentement, de rouvrir dans son ampleur un débat en suspens, et dont les premières escarmouches reviennent à des prédécesseurs (2). Prenons l'état actuel des choses et relevons-y çà et là quelques imperfections dont la mise en relief nous a paru établie jusqu'ici d'une manière un peu différente ou insuffisante et dont le caractère spécial est d'être immédiatement réductibles, c'est-à-dire avant même toute nouvelle organisation d'ensemble.

Le mode actuel d'inspection n'est que *provisoire* et ne vise que les *Ecoles publiques* ; provisoire, parce qu'on attend encore le vote municipal d'un projet qui date de dix ans (3) ; restrictive, parce que l'inspection médicale des *Ecoles privées*, imposée par la loi (4), n'est pas organisée. Cette tolérance toute transitoire n'en est pas moins fâcheuse parce qu'elle permet de croire à l'inégalité des citoyens devant les lois d'hygiène publique et qu'elle favorise l'enseignement libre. En effet, bien des familles considèrent encore certaines mesures de salubrité (vaccination, revaccination, etc.) comme vexatoires, et peuvent avoir tendance à cacher leurs enfants là où il n'est point de contrôle. A ce point de vue, les « Ecoles libres » le sont trop.

Les médecins-inspecteurs sont nommés au choix par le préfet de la Seine, sur la proposition de MM. les Délégués cantonaux. Là encore il semblerait être d'un avantage commun, de trouver quelque unité de mesure. Les vingt délégations de Paris, quoique également bienveillantes, procèdent parfois, de manière différente, au triage des nombreux candidats ; ceux-ci peuvent être ou doivent être ou ne doivent pas être médecins des Bureaux de Bienfaisance ; ici le postulant doit avoir déjà une certaine pratique professionnelle, là il est interdit de « blanchir sous le harnais », etc., etc.

Autant de dissemblances d'origine, que semble contredire l'unité d'emploi, et d'où pourraient résulter deux maux essentiels : 1°) l'automatisme du médecin dont les vertus stoïques ne sauraient être obligatoires, et qui ne trouvant plus sur sa route ni encouragement ni stabilité, laisserait s'émousser cet aiguillon nécessaire et puissant que n'aiguiseront ni ne remplaceront jamais les règlements les plus étroits : la libre conscience de son rôle ; — 2°) la porte trop largement ouverte aux intrigues locales, aux impatiences, à cette rivalité mesquine et parfois aigre entre confrères, alors qu'il suffirait dans l'espèce, de connaître d'avance les conditions d'admission pour obtenir à l'occasion des écoles, et par simple prophylaxie, quelque chose de plus pour l'unité morale de notre profession.

Il ne nous convient pas de prévoir d'après quelles indications MM. les Délégués cantonaux pourraient, dans une certaine limite, *uniformiser* leur choix. Nous ne ferons que reproduire, sur ce point, le texte même du projet de réorganisation (1) :

Art. 3. — « Il n'y a pas incompatibilité entre les fonctions de médecin-inspecteur et les autres fonctions de la médecine publique ».

Et la commission commente ainsi cet article du projet Vaillant :

« Nous ne voyons que des avantages à l'adoption de cette proposition qui est un acheminement vers l'organisation souhaitable de la médecine publique. La réunion entre les mêmes mains de toutes les fonctions qui en ressortissent, permettra, d'une part, de connaître d'une façon certaine la nature et la terminaison des maladies dont sont atteints les écoliers qui, en grande majorité, sont soignés par les médecins du bureau de bienfaisance, et, d'autre part, d'avoir des fonctionnaires qui, grâce au cumul des traitements, s'occuperont exclusivement des devoirs de leur charge »

Voici ce que proposait encore M. Vaillant :

Art. 4. — « La capacité, l'expérience, le zèle sont les conditions premières d'élection. L'administration doit étudier et proposer les formes d'examen ou de concours à cet effet, en tenant compte des services rendus. »

Nous clôturons ici nos premières considérations, limitées à quelques points spéciaux de l'inspection médicale des Ecoles, telle qu'elle fonctionne actuellement.

---

(1) Voir la lettre de M. Gilbert Ballet, au *Progrès Médical*, 27 octobre 1900, n° 43, p. 280.

(2) Les Drs Blayac, Butte, Chevalereau, Levraud, A.-J. Martin, Mangenot, P. Richard, Tolédano, etc.

(3) 13 octobre 1891, projet de M. Vaillant. Rapport sur l'inspection médicale au nom d'une commission de réorganisation composée de MM. Levraud, Vaillant, May, A.-J. Martin, Duval, Blayac, Mangenot.

(4) Loi du 30 oct. 1886, art. 9, § 7 ; décret organique du 18 janvier 1887, art. 141.

(1) Commission de réorganisation de l'inspection médicale des Ecoles. Rapport cité, annexe I, p. 21.

Nous n'avons plus, pour rester volontairement incomplet, qu'à proposer deux ou trois autres retouches. C'est ce que nous verrons dans une deuxième et dernière partie. Paul CORNET.

Mort de la reine Victoria : Sa dernière maladie.

« Nous sommes à même, dit *The British med. Journal* du 26 janvier, de juger le rapport officiel de la dernière maladie de la reine VICTORIA. Sa santé a été en s'affaiblissant pendant les douze derniers mois, avec des symptômes principalement de nature *dyspeptique*, accompagnés d'affaiblissement général de la nutrition, de périodes d'*insomnie*, et dernièrement de légères et transitoires *attaques d'aphasie*, la dernière montrant que les vaisseaux cérébraux étaient endommagés, quoique le système artériel général ne dénote que peu de signes de vieillesse.

Le constant travail du cerveau à travers une longue vie de responsabilités royales, les événements impériaux, les afflictions domestiques et les anxiétés qui ont rempli les dernières années, peuvent dans une certaine mesure, rendre compte de cette différence entre la *nutrition cérébrale* et la *nutrition générale*. Les organes thoraciques et abdominaux ne montrent aucun signe de maladie.

La dyspepsie qui tendait à abattre la robuste constitution originelle de la Reine, s'accentua spécialement pendant sa dernière visite à Balmoral. C'est là que la reine manifesta, pour la première fois, des symptômes de fatigue cérébrale et une perte notable de poids. Ces symptômes continuèrent à Windsor, où, en novembre et décembre 1900, de légers symptômes d'*aphasie* furent observés, toujours d'une durée éphémère, et sans être suivis de paralysie. Quoiqu'on jugeât bon de continuer les négociations proposées pour un séjour de la reine sur le continent au printemps, il était parfaitement reconnu par ses médecins et par les personnes les plus intimes de son entourage que ces arrangements étaient purement provisoires ; c'était pour ne pas décourager la reine sur sa propre santé en ne lui suggérant aucun doute sur la facilité d'un changement qu'elle désirait.

La reine souffrait ensuite d'une fatigue inusitée, occasionnée dans la journée du 18 décembre à Osborne, montrant des symptômes d'agitation nerveuse et d'insomnie qui persistèrent deux jours. Elle se rétablit pour un moment au point de vue de l'appétit et du caractère, à la suite d'un plus complet repos qu'elle consentit à observer.

Peu de jours avant la maladie finale, des symptômes d'apathie et de somnolence avec des indices d'aphasie et une aggravation de la faiblesse, inquiétèrent grandement son médecin.

Le mercredi 16 janvier, la reine montra des symptômes d'*épuisement cérébral*. Par un effort de volonté, néanmoins, la reine voulut pour un moment commander à son cerveau de travailler, et le visiteur de quelques minutes pouvait observer les signes d'épuisement cérébral.

Le jeudi, les symptômes furent plus marqués avec un engourdissement considérable, et une légère décoloration fut observée sur le côté gauche de la face. De ce moment, l'*aphasie* et la *parésie faciale*, quoique incomplètes, furent permanentes.

Le vendredi, la reine fut un peu plus vive, mais le samedi soir, apparurent les plus graves symptômes, lesquels, avec interruptions, continuèrent jusqu'à la fin. Il est important de noter que, malgré la grande faiblesse corporelle et l'épuisement cérébral, l'action du cœur fut maintenue régulière jusqu'à la fin, le pouls avait parfois une augmentation de tension, mais il était toujours régulier et de fréquence normale.

La température resta tout à fait normale. Dans les quelques dernières heures de la vie, la parésie des nerfs pulmonaires commença, le cœur battant régulièrement jusqu'à la fin.

En dehors de la petite altération faciale gauche, il n'y eut jamais aucune paralysie motrice, et, excepté pendant les courts instants mentionnés, on ne peut pas dire que l'esprit a été obscurci. Pendant les minutes qui ont précédé la mort, la reine reconnut plusieurs des membres de sa famille. »

A propos des autopsies.

On lit dans le *Temps* :

« Nous avons conté le cas de ces gitanos de Bordeaux qui ont enlevé la cadavre d'un des leurs, décédé à l'hôpital, afin de le soustraire à l'*autopsie*. Notre correspondant de Bordeaux nous a télégraphié que le parquet ayant décidé que l'autopsie du cadavre du gitano Valentin aurait lieu à la Faculté de médecine, la police, craignant un nouveau coup de main de la part de ses coreligionnaires, a fait garder la maison toute la nuit par un adjudant et huit gardiens de la paix. Le père a consenti à laisser emporter le cadavre, sans tenter de nouveau scandale, à condition qu'il lui soit remis immédiatement après l'opération. Le transport à la Faculté a été effectué sous l'escorte de vingt gardiens précédés de trois gardes à cheval. Un très grand nombre de gens du quartier suivaient, mais les amis du mort se sont tenus tranquilles. »

Le préjugé public contre l'autopsie tient beaucoup à ce que les gens ne se rendent pas compte de ce qu'est une autopsie, qu'ils s'imaginent qu'il s'agit là d'une mutilation du cadavre, et qu'ils ignorent que cette opération *post mortem* est pour les familles d'un puissant intérêt, pour eux et leur descendance, en même temps qu'elle fournit au médecin des renseignements précieux qu'il peut utiliser au bénéfice des vivants. C'est aux médecins à faire, à cet égard, l'éducation des familles et à faire cesser leur hostilité contre les autopsies qui devraient être la *règle absolue* dans les hôpitaux, sans distinction de religion. On peut leur rappeler qu'elles abandonnent sans protestation le membre amputé, la tumeur enlevée, le fœtus, etc.

Dr FREEMAN.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des bronchites chroniques.

Diminuer la toux, modifier les sécrétions, détruire les agents pathogènes, amener la cicatrisation des régions ulcérées, augmenter l'appétit et relever ainsi l'état général, voilà les indications les plus importantes du traitement des bronchites chroniques, même d'origine tuberculeuse. L'hélénine de Korab remplit fidèlement ces indications. Le Dr de Korab, dans une communication adressée à la Société de Biologie, a démontré que cette substance était un modérateur du système réflexe et par conséquent de la toux, un modérateur de la nutrition et un agent eupeptique. Son action sur les glandes, et tout particulièrement sur celles de la muqueuse bronchique, a été démontrée par Cl. Bernard et Vulpian. M. le Dr de Korab, dans une communication à l'Académie des Sciences, et le Dr Pillatte, dans sa thèse, ont mis en lumière les propriétés microbicides de l'hélénine ; son élimination par les voies respiratoires active la réparation des lésions ulcéreuses qui ont pu s'y produire. Ce médicament doit se prescrire sous forme de *globules d'hélénine du Dr de Korab*, à la dose de 3 à 6 par jour.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 janvier.

Extirpation de la rotule.

M. Berger présente un malade à qui il a enlevé la rotule pour un ostéite avec douleurs intolérables. La suture des ligaments a donné un résultat fonctionnel parfait.

M. Labbé signale ces cas d'ostéite avec tissus fibreux donnant des douleurs atroces. Les expansions latérales du vaste interne contribuent ici au résultat fonctionnel. Leur rôle est également précieux dans les fractures avec grand écartement.

Les eaux minérales.

L'Académie adopte deux conclusions de M. Hanriot, l'une défendant les forages trop multipliés dans un même bassin, l'autre interdisant toute manipulation, et en particulier le chauffage au sortir du griffon.

Anesthésie médullaire dans les accouchements.

Rapport très documenté de M. Gueniot montrant l'analgésie suffisante obtenue avec un centigramme de cocaïne. Les accidents sont rares et toujours dus à une faute de technique.

L'épidémie de peste de Beyrouth.

M. Proust lit un travail de M. de Brun sur cette épidémie en général bénigne. Le sérum de Yersin s'est montré très efficace.

La douve du poumon.

M. Blanchard présente une douve fréquente à Formose et déterminant des hémoptysies et des lésions pulmonaires ; quelques cas ont été aussi observés aux Etats-Unis par M. Wardell (de Washington). L'infection semble due à l'eau de boisson.

La scoliose des violonistes.

M. Laborde présente un appareil très ingénieux dû à M. Altermann et empêchant les attitudes vicieuses et les déformations rachidiennes fréquentes chez les violonistes.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 janvier 1901. — Présidence de M. Juffroy.

Cirrhose hypertrophique diffuse.

M. Castaigne signale cinq cas de cirrhose diffuse, ayant tous les symptômes de la cirrhose hypertrophique graisseuse, se terminant par ictère grave, mais en différant complètement au point de vue anatomique. Des travées fibreuses entourent chaque cellule hépatique, c'est une cirrhose diffuse biveineuse. Cette cirrhose n'a rien de syphilitique, bien qu'elle ressemble à un cas de cirrhose diffuse syphilitique observé par Lancereaux.

Arthritisme chez les enfants.

M. Comby étudie les stigmates que présentent les enfants des arthritiques. Ces signes sont nombreux : excitation cérébrale, convulsions, céphalalgies et migraines, etc.; du côté des voies respiratoires : de la laryngite spasmodique, de la bronchite asthmatiforme, de l'asthme vrai, etc.; du côté du cœur, des palpitations, de l'arythmie, etc.; du côté des voies digestives : anorexie ou boulimie, dyspepsie, constipation habituelle, du côté des organes génitaux urinaires, rein flottant, troubles uricémiques des urines; du côté de la peau, éruptions diverses, lichen, urticaire, érythèmes, etc.; du côté des articulations : douleurs assez fréquemment d'origine uricémique et bien d'autres signes.

M. Comby insiste sur la céphalalgie paroxystique, sur le vomissement cyclique et la fièvre uricémique. Le vomissement cyclique est souvent pris pour de la méningite. Ces vomissements se répétant périodiquement et malgré les symptômes graves, guérissent assez promptement. Ces vomissements cèdent parfois, faisant place à d'autres accidents arthritiques (migraine, goutte, asthme, etc.)

La fièvre uricémique est assez rare, elle est souvent prise pour de la fièvre paludéenne.

La pathogénie de ces troubles fonctionnels est assez obscure, la formule urinaire n'a pu être établie. Comme traitement, il est surtout hygiénique, diurétiques légers, bains, lavements, injections de sérum. Comme prophylaxie : Vie au grand air, éviter le surmenage scolaire, gymnastique en plein air. Alimentation surtout végétarienne, cures de temps à autres avec des eaux alcalines à faibles doses.

M. Guinon demande à M. Comby quelle différence il y a entre la céphalalgie arthritique et celle de la neurasthénie.

M. Comby fait remarquer que des points de contact très étroits existent entre la neurasthénie et l'arthritisme.

Fièvre typhoïde à début méningitique.

M. Bernard présente l'observation d'un malade qui s'était tiré un coup de revolver dans le crâne, se coupant un des nerfs optiques. Au bout d'un mois, guéri, bien que la balle n'eut pas été extraite ; est pris de symptômes méningitiques, (raideur de la nuque, céphalalgies, signes de Kernig, etc.), on l'admet dans un service de chirurgie; vingt et un jours après le début brusque de la maladie, le malade s'améliora. Le sérodiagnostic démontra que le malade était atteint d'infection typhoïdique.

J. N.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 janvier 1901. — Présidence de M. Beni-Barde.

La séance est ouverte à 4 h. 1/2. — Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revue et journaux habituels. — *La Touraine médicale.*

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. Bouloumié remerciant la Société de l'avoir nommé membre honoraire ; 2° Lettre de M. Guépin à M. le Président Richelot, dans laquelle il se dit très touché, tant de sa démarche officielle que de la lettre que lui a adressée le secrétaire général ; qu'il emportera le souvenir de bonnes relations confraternelles, mais qu'il persiste néanmoins dans sa détermination, celle-ci étant basée sur des divergences d'opinion d'ordre tout à fait général. La Société, dans ces conditions, se voit obligée, bien qu'a regret, d'accepter la démission de M. Guépin ; 3° Lettre de M. le Dr Guglielminetti (de Monte-Carlo), remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant à titre étranger.

Pour la réunion plénière du mois de mars prochain, où sera discutée la question *des sérums en thérapeutique*, la Société nomme comme délégué M. E. Vidal, pour la confection du rapport, ratifiant en cela la proposition du secrétaire général qui, vu l'urgence et le peu de temps qui reste jusqu'au 20 février, avait cru devoir désigner M. Vidal pour la première réunion des délégués qui a eu lieu le 16 janvier.

M. Jullien présente un ouvrage sur l'*hérédo-syphilis*, et rappelle que c'est à la Société de Médecine de Paris que fut posée tout d'abord cette intéressante question. Depuis, elle a fait du chemin, et, par des investigations quotidiennes, par les recherches persévérantes, et en clientèle et dans les milieux hospitaliers, on est parvenu à grossir le nombre des observations. Il y a grand intérêt à ce que chacun apporte sa pierre à l'édifice ; aussi M. Jullien adjure-t-il tout le monde de regarder autour de soi et de communiquer les faits connus pour en grossir le nombre.

M. le Président remercie M. Jullien et de son livre et de sa présentation.

M. Coudray lit son rapport sur les travaux de M. le Dr E. Dutertre (de Boulogne-sur-Mer), candidat au titre de membre correspondant national.

Messieurs,

Les travaux qui nous ont été adressés par le Dr Dutertre sont fort nombreux et traitent des sujets les plus variés ; médecine, chirurgie, accouchements, histoire naturelle, bibliographie médicale et extra-médicale, etc.

Ancien élève distingué de l'école de Lille, interne provisoire des hôpitaux de Paris, le Dr Dutertre a largement utilisé sa connaissance approfondie des langues étrangères ; aussi peut-on tirer profit de la riche bibliographie qui accompagne toutes ses études.

Le premier en date de ces travaux, et le plus important, est la thèse de Dutertre, publiée en 1882 et intitulée : *De l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels* (physiologie). Pour apprécier ce livre, qui ne contient pas moins de 351 pages, je citerai d'abord les paroles de Just Lucas-Championnière, qui en rend compte dans son journal en 1883 : « Ce volume, écrit-il, contient tout ce qu'il faut pour guider quiconque voudra étudier à fond cette question ; tout est clairement exposé avec une certaine originalité de style qui ne nuit pas à l'intérêt ».

a) *Nous voici aux débuts de l'anesthésie.* Dans les premiers jours de janvier 1847, Simpson (d'Edimbourg) emploie l'éther pour quelques opérations chirurgicales, puis il l'applique aux accouchements pour la première fois le 19 janvier 1847. Aussitôt il n'est bruit en Angleterre que de cette question ; tous les journaux médicaux ou non la discutent. « Les gens du monde, à la fin du repas, apportaient de l'éther et plus tard du chloroforme, afin de permettre aux invités de terminer la soirée par quelques expériences sur eux-mêmes ». Inutile d'insister sur les scènes malséantes qui en étaient souvent le résultat. Puis nous voyons Simpson prêchant la croisade pour l'anesthésie dans les principales villes de l'Angleterre, non sans encourir des jugements sévères qui se traduisaient par les épithètes de charlatan et de saltimbanque. Je ne parle pas des colères déchaînées par le fanatisme religieux brandissant la malédiction divine d'après laquelle la femme devait enfanter dans la douleur.

Condamnée à ses débuts par les professeurs de Londres, Dublin, Philadelphie, Berlin, Vienne, etc., l'anesthésie obstétricale par le chloroforme, qui avait rapidement remplacé l'éther, ne comptait que de rares partisans en Angleterre, quand en 1853 survint un événement qui modifia complètement l'opinion dans ce pays. « Déjà en 1850, écrit Dutertre, la reine Victoria avait pensé à l'anesthésie obstétricale, mais ce ne fut que le 7 avril 1853 qu'elle se décida à recourir au chloroforme pour la naissance du prince Léopold. »

Dès lors, la cause de l'anesthésie était gagnée en Angleterre. « Le 24 avril 1857 la reine Victoria devait se faire anesthésier de nouveau pour la naissance de la princesse Béatrice, mais déjà l'anesthésie obtétricale était entrée dans les mœurs anglaises ».

En France on accepta le jugement défavorable porté par Paul Dubois, en 1847. Toutefois, Jobert de Lamballe anesthésia légèrement l'impératrice en présence de Dubois le 16 mars 1856, mais cet événement n'eut aucun retentissement. Ce fut la pratique à Paris du Dr Oliffe et surtout de Campbell qui introduisit en France l'anesthésie obstétricale et plus tard, en 1873, J. Lucas-Championnière l'appliqua à la Maternité de Cochin. On donnait généralement la préférence au chloroforme sur l'éther ; Dutertre adopte cette manière de voir.

b) Mais cette anesthésie *est-elle bien nécessaire?* Il y a des femmes qui accouchent si facilement, presque sans s'en apercevoir, font remarquer quelques auteurs. Cela est vrai, mais est-ce la règle? Avec autant et plus de raison, on peut dire que bien souvent l'accouchement est une scène des plus pénibles. Aussi je suis tout à fait d'accord avec Dutertre pour invoquer les paroles d'Hervieux : « Quand on a assisté à ce spectacle, quand on a été témoin de ce désespoir, de ces cris déchirants, de ces souffrances, peut-on ne pas concevoir l'utilité d'un moyen qui a pour but et pour effet l'atténuation de telles angoisses. »

Le degré d'anesthésie qui convient pour les accouchements est la *demi-anesthésie*, grâce à laquelle les parturientes gardent la conscience sans souffrir ; cette variété d'anesthésie, niée par Pajot et Depaul, est cependant obtenue quand on se soumet à certaines conditions telles que : inhalations successives et entrecoupées, emploi de morphine avant le chloroforme, pureté du chloroforme (Lucas-Championnière).

A mon grand regret, je ne puis suivre notre confrère dans les chapitres suivants où il établit avec force documents : 1° Que pendant l'anesthésie, même la plus complète, l'utérus continue à se contracter ; 2° que l'anesthésie régularise les constructions ; 3° qu'elle ne s'oppose nullement à la dilation du col, bien au contraire, dans certains cas ; 4° qu'à faibles doses, elle ne fait pas obstacle à la rétraction utérine ; 5° qu'elle n'a d'influence fâcheuse, ni sur les suites de l'accouchement, ni sur la lactation, ni sur le fœtus lui-même.

c) Dans une *troisième partie*, le Dr Dutertre répond à diverses objections, dont voici les plus graves : l'anesthésie obstétricale favoriserait l'éclosion de la manie puerpérale, l'éclampsie ; enfin, elle aurait des cadavres à son passif.

Relativement à *la manie puerpérale*, il n'y a rien de prouvé, et Dutertre s'appuie notamment sur l'avis autorisé de Marcé, qui a très bien étudié la question dans sa thèse de 1858, intitulée : *La folie des femmes enceintes*, et sur l'opinion de Blot (1859) qui a observé plusieurs cas de folie puerpérale chez des femmes qui n'avaient pas été anesthésiées. Blot estime même que, dans certains cas, l'anesthésie peut se calmer ou même faire disparaître « complètement les troubles intellectuels survenus sous l'influence de douleurs vives et longtemps prolongées. » Pour *l'éclampsie*, au sujet de laquelle Dutertre donne une bibliographie très complète, il est bien difficile d'admettre comme fondés les griefs dirigés contre l'anesthésie ; n'est-elle pas, en effet, l'un des meilleurs moyens de traitement de l'éclampsie ?

Quant *aux morts* produites réellement par l'anesthésie, on peut les expliquer soit par l'impureté du chloroforme, soit par la manière folle dont le chloroforme a été administré. Enfin, dans bon nombre de cas où l'anesthésique avait été incriminé, peut-être était-il innocent, car on connaît bien les morts subites pendant l'accouchement, en dehors de l'anesthésie, et Churchill n'en a pas rapporté moins de cinquante cas.

d) Nous arrivons à la *partie technique*. La condition première est d'avoir du chloroforme pur. Lucas-Championnière a justement insisté sur ce point et montré qne les accoucheurs étaient restés rebelles à l'anesthésie, parce qu'ils n'avaient à leur disposition que du chloroforme impur, partant dangereux, et avec lequel ils ne pouvaient obtenir la demi-anesthésie.

A quel moment convient-il de commencer l'anesthésie ? Dutertre, suivant la pratique de Lucas-Championnière, s'exprime ainsi : « La douleur étant pour ainsi dire l'indication capitale de l'anesthésie, on doit commencer à administrer le chloroforme dès que la douleur est vive, dès qu'elle est supportée difficilement, quelle que soit la période, quel que soit le degré de dilatation du col. » Dans ces conditions, on peut être amené à donner le chloroforme pendant plusieurs heures, et cela sans inconvénients. Les seules contre-indications seraient : l'absence de douleurs ou leur faible intensité et la dégénérescence graisseuse du cœur. Les maladies du cœur ne constitueraient pas par elles-mêmes une contre-indication formelle ; il faudrait pour cela, d'après Lucas-Championnière, la coexistence de complications pulmonaires, La tuberculose pulmonaire et les névroses ne seraient pas des contre-indications. Voici, en résumé, les principales recommandations à suivre :

1° Les inhalations sont faites au début des contractions ; on cesse dans l'intervalle ;

2° On laisse arriver librement l'air atmosphérique ;

3° On ne verse jamais plus d'une vingtaine de gouttes de chloroforme sur la compresse ;

4° On se contente de maintenir chez la femme un certain degré d'engourdissement, sans perte de connaissance ;

5° Au moment de l'expulsion, si les douleurs sont trop violentes, on pratique l'anesthésie totale.

Contre les accidents possibles du chloroforme, Dutertre s'en tient aux pratiques usitées en anesthésie générale : tractions sur la langue, aujourd'hui nous dirions *tractions rythmiques*, suivant l'excellent procédé de Laborde, respiration artificielle en commençant par provoquer l'expiration par la pression sur le thorax, la position déclive de la tête, la fustigation froide de la face, etc.

Ce très important travail se termine par une énorme bibliographie.

En curieux de la littérature médicale, le Dr Dutertre a complété son œuvre sur l'anesthésie générale et obstétricale par

des recherches sur l'anesthésie dans *l'antiquité* (1) et au moyen âge.

1° *Antiquité.* — Faut-il faire remonter l'anesthésie à l'extirpation de la côte d'Adam? Simpson a commenté la version latine du Pentateuque de Dathe « *Deus gravem immisit soporem in Adam ut nihil doloris sentiret* », et conclut à l'origine divine de l'anesthésie. Je laisse Dutertre aux prises avec Simpson, et ne leur tient rigueur, ni à l'un ni à l'autre, de n'avoir pas jeté une clarté aveuglante sur cet obscur débat. Ce qui n'est pas discutable, c'est que le *pavot* était connu des Egyptiens. Les Arabes lui donnaient le nom d'Abou el Moum, père du sommeil. C'était sans doute le népenthes d'Homère, dont les femmes savaient le secret; suivant Homère, Hélène en versait dans le vin des guerriers au banquet de Ménélas et de Télémaque. *La pierre de Memphis*, dont parlent Dioscoride et Pline, devait sans doute ses propriétés somnifères à l'imprégnation d'opium ou de suc de pavot. La fumée *de chanvre* jouissait des mêmes vertus chez les Scythes, les Massagètes, les Hindous. Un médecin chinois, qui vivait 200 ans après Jésus-Christ, administrait aux patients, avant les opérations graves, un breuvage qui les plongeait dans une sorte d'ivresse; c'était probablement aussi une préparation *de chanvre*. En *Occident*, les Grecs et les Romains n'employaient pas le chanvre, mais la *mandragore* pour apaiser les douleurs et procurer le sommeil; ils connaissaient aussi la belladone, mais les grands maîtres de l'époque, Hippocrate, Galien, Paul d'Egine ne se servaient pas de ces anesthésiques qui pouvaient amener la mort.

2° *Au moyen âge*, c'est encore le règne de la mandragore; puis à cette substance on en ajoute d'autres, l'opium, la jusquiame, la ciguë. Les éponges imprégnées de ce mélange deviennent les *éponges somnifères* dont il est partout question. Toutefois, comme dans l'antiquité, ceux dont le nom fait autorité ne s'en servent pas, Guy de Chauliac condamne l'opium, ainsi que Fallope et Jean de Vigo, dans la crainte de la gangrène. Fabrice d'Aquapendente, médecin de François I[er], n'admet les « stupéfactifs » qu'avec les plus grandes réserves; enfin, Ambroise Paré ne recommande que la ligature des membres comme moyen anesthésique. Malgré cette condamnation des grands chirurgiens, l'emploi des anesthésiques persiste. Sous l'*Inquisition*, les accusés s'en servent pour affronter les tortures auxquelles ils paraissent insensibles. En Italie, au XVI[e] siècle, on « vendait fort cher les racines de mandragore, taillées en homunculi; elles jouissaient de la vertu de rendre fécondes les femmes stériles ».

Je passerai rapidement sur un certain nombre d'autres travaux du D[r] Dutertre, communiqués pour la plupart à la Société de médecine de Boulogne-sur-Mer :

1° Un cas de *taille hypogastrique* pour calcul et tumeur de la vessie; 2° une note sur l'*érythème cubébo-copahivique* extrêmement confluent. Notre confrère a étudié ces érythèmes avec soin et les attribue aux huiles essentielles que le copahu en particulier renferme souvent; 3° un cas curieux et rare de *tique du chien* (ixodes ricinus), observé dans la région de l'aine d'un homme et extirpé avec ses quatre paires de pattes et la tête qui était profondément enfoncée dans la peau. La tique du chien est parfois notée chez l'homme, surtout aux jambes, et se voit en particulier chez les valets de chiens; 4° *une épidémie de rougeole* observée en 1887 à Boulogne-sur-Mer et environs; 5° *une étude sur le tétanos* chez les marins. Cette affection ne se développe jamais en mer, mais Dutertre l'a notée chez trois marins blessés à la mer; le tétanos s'était déclaré plusieurs jours après le séjour à terre. Rien ne permettait dans ces cas d'établir l'origine équine du tétanos, que Verneuil cherchait à soutenir contre toute évidence; 6° *un cas d'arrêt de développement des os du crâne*; 7° une étude des plus importantes sur l'*empoisonnement par les moules* et ses causes (Boulogne-sur-Mer, 1875), dans laquelle le D[r] Dutertre rappelle les travaux de Husemann, Brieger, etc. Il résulte de cette étude qu'il n'y a pas une espèce de moule toujours toxique, mais que la toxicité est une propriété accidentelle de la moule comestible. Les principes toxiques ont leur siège exclusif dans le foie des mollusques; Brieger en a isolé un, la mytilotoxine qui donne lieu à la forme paralytique de l'empoisonnement. Dans un travail ultérieur ayant pour titre : *Les microbes de la moule toxique*, le D[r] Dutertre a complété son étude à l'aide de données nouvelles. Les principes toxiques qui déterminent l'empoisonnement sont sécrétés par des microbes. L'un de ces microbes, cultivé par Lustig, serait la cause de la forme gastrique de l'empoisonnement. Comme on le voit, toxines et microbes du foie des moules malfaisantes sont en partie connus, mais la question n'est pas achevée.

A signaler pour terminer la liste des *travaux médicaux* du D[r] Dutertre : 8° *Un cas de kyste hydatique suppuré du foie*, traité avec succès par la laparotomie et fixation du kyste à la paroi abdominale. 9° Deux observations de *persistance de la grossesse après la mort du fœtus*, accompagnées d'une intéressante étude sur des faits analogues; ces deux travaux ont été communiqués à la Société de Médecine de Boulogne-sur-Mer, en 1888. 10° et 11°. Deux études *bibliographiques* très étendues sur les stations maritimes françaises et étrangères. La première, publiée à l'occasion du Congrès de thalassothérapie, en 1895, a été complétée par un *addendum* paru à Ostende. Toutes deux ont pour titre : *La mer au point de vue thérapeutique*.

Enfin, dans ces dernières années, notre confrère a consacré quelques loisirs à des études littéraires extra-médicales. Deux brochures, publiées à Boulogne en 1899, ont pour titre, l'une : *Parchemins et vieux papiers du pays boullenois et pays circonvoisins*; et elle renferme certains actes curieux de l'histoire locale, et en particulier, une notice sur les corsaires boulonnais en l'an VI et l'an VII.

L'autre brochure a pour titre : *La compagnie des Canonniers boulonnais à l'armée du Nord*.

Cet exposé déjà long, mais pourtant bien incomplet, suffit, je l'espère, pour mettre en lumière les qualités littéraires et scientifiques du D[r] Dutertre, sa fertile originalité, son labeur consciencieux, le tout s'alliant très bien à un grand sens clinique et pratique. Je vous propose donc, Messieurs, d'ouvrir toutes grandes les portes de cette enceinte à notre distingué confrère de Boulogne-sur-Mer.

Avant de donner la parole à M. Picqué, M. le Président annonce que M. de Valcourt, membre correspondant national, assiste à la séance.

M. PICQUÉ a attentivement écouté le rapport de M. Coudray et a été frappé de ce qui a été dit à propos de l'influence de la chloroformisation sur l'état puerpéral. Il a, comme chirurgien des asiles, vu un grand nombre de cas de manie puerpérale disparaissant rapidement par une intervention sur les voies génitales, et ressortissant nettement d'un état local, salpingite, ulcérations graves du col de l'utérus, etc. Ces phénomènes psychiques se produisent bien en dehors de la chloroformisation, et si l'anesthésie devait être mise en jeu, on ne comprend pas pourquoi l'on verrait si rarement se produire des psychoses en chirurgie. Cette question a été discutée déjà à la Société de Chirurgie et au congrès d'Angers, et l'on a conclu qu'on peut considérer le chloroforme comme donnant bien rarement lieu à des phénomènes psychiques. Pourtant, il peut y avoir quelque chose de vrai dans l'influence psychique du chloroforme, et M. Picqué a souvenir d'une malade qui, pendant quatre ou cinq ans après une chloroformisation, conserva la sensation olfactive des vapeurs de chloroforme.

M. BURET cite, en passant, le cas d'une jeune fille de Jassy (Roumanie) rapporté par la *France* et le *Progrès médical*; après une anesthésie chirurgicale, elle est en léthargie depuis plus d'un mois : elle ne donne signe de vie que pendant quelques instants toutes les dix ou quinze heures, et se rendort aussitôt.

M. TISSIER ne sait pas jusqu'à quel point on peut attribuer au chloroforme des accidents de folie puerpérale qui se produisaient bien longtemps avant l'ère de l'anesthésie.

M. PICQUÉ répond que la question n'est pas en discussion, et explique seulement pourquoi cette donnée a tendu à s'introduire dans la science.

M. JULLIEN, à propos de l'anesthésie obstétricale, demande à M. Picqué s'il a des renseignements à lui donner sur l'anesthésie obtenue par les injections intra-médullaires de cocaïne.

(1) *Des anesthésiques dans l'antiquité.* A. Davy, 1885.

M. Picqué a expérimenté ce procédé en chirurgie, mais n'a pas une statistique assez élevée pour conclure.

M. Grasset pense que la manie puerpérale peut être développée par le chloroforme, et rappelle que le chloroforme et l'éther ont été, dès le début, accusés de provoquer des idées lubriques chez les anesthésiés.

M. Suarez de Mendoza. — Je crois, messieurs, que lorsqu'il s'agit d'incriminer une médication quelconque, il faut se mettre en garde contre la logique du *post hoc, ergo propter hoc*, car on risque ainsi de prendre pour cause ce qui ne l'est pas, et de commettre souvent une erreur scientifique. Pour pouvoir affirmer que la manie puerpuérale type, ou d'autres psychoses qu'on observe dans l'état puerpéral, peuvent être occasionnées par le chloroforme, il faudrait réunir un grand nombre de cas bien observés, et où les antécédents des malades auraient été pris en sérieuse considération.

En effet, de même que chez certains malades qui, par leurs antécédents sont prédisposés aux affections cérébrales, l'acte opératoire *sans* chloroforme, peut déterminer des psychoses, qu'on *aurait attribué à l'anesthésique* s'il avait été employé, de même il est difficile de dire si les troubles qu'on observe chez une accouchée nerveuse, sont dus à son état spécial ou s'ils sont sous la dépendance du chloroforme. En ce qui me concerne, j'ai eu l'occasion d'employer dans le temps, ou de voir employer, plus de soixante fois le chloroforme dans l'accouchement par la méthode de Campbell, sans avoir jamais observé aucune psychose. Sur plus de 1.000 cas de chloroformisation chirurgicale que j'ai pu suivre de près, je n'ai, de même, jamais observé aucun trouble cérébral consécutif : par contre, dans deux cas d'opérations pratiquées sans chloroforme, j'ai vu survenir des troubles psychiques très graves.

M. Ed. Vidal, ayant recueilli en deux ans plus de 600 observations, méticuleusement suivies, d'anesthésiés tant par l'éther que par le chloroforme, n'a jamais observé le moindre trouble psychique, durable ou passager.

M. le Président met aux voix les conclusions du rapport qui sont adoptées ; le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. Ladreit de Lacharrière dépose sur le bureau le compte rendu du congrès des sourds-muets, section des entendants. Ce congrès a été très suivi ; tous les Etats d'Europe y étaient représentés, ainsi que l'Indo-Chine, le Japon, etc. On y a discuté des questions de haute importance, entre autre la revision de la loi de scolarité de 1882, rendant l'instruction gratuite et obligatoire, la création d'un enseignement supérieur pour les sourds-muets dépassant le niveau de l'instruction élémentaire.

M. le Président remercie M. Ladreit de Lacharrière de son livre et des commentaires dont il a bien voulu l'accompagner.

M. Polaillon offre un ouvrage sur les *affections chirurgicales du tronc*.

M. le Président le remercie et donne la parole à M. Jullien pour son rapport sur les travaux de M. Albert Rogalski (de Constantinople), candidat au titre de membre correspondant étranger.

Messieurs,

Nous ne pouvons être que très honorés de la candidature de M. le Dr Albert Rogalski (de Constantinople). Notre confrère est bachelier ès lettres et ès sciences français, bachelier ès lettres orientales, docteur en médecine, agrégé à la Faculté de Constantinople, répétiteur de pathologie générale et microbiologie clinique, et, de plus, c'est un producteur fécond.

Ses travaux, écrits soit en turc, soit en français, s'inspirent de la bactériologie et de la clinique. Voici un mémoire sur la marche de la fièvre dans les maladies bactériennes, c'est la thèse de doctorat ; un autre sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, c'est la thèse d'agrégation ; et nombre d'autres, les uns déjà parus, les autres en préparation, sur un sujet que l'auteur semble affectionner, la lèpre : *Origine phénicienne de la lèpre dans l'Europe occidentale ; Syringomyélie et lèpre ; Lèpre et contagion ; Contribution à l'origine phénicienne de la lèpre en Bretagne ; Lésions bulbaires dans la lèpre systématisée*, etc.

L'idée d'imputer aux Phéniciens la paternité du mal de saint Lazare, appartient à notre éminent collègue Zambaco : « Il est probable, écrit-il, que ce sont les Sémites de la Phénicie qui sont allés jusqu'en Scandinavie, et qui de là ont été peupler la Lombardie. » M. Rogalski a cherché la confirmation de cette donnée dans les reliquats découverts sur le littoral des contrées boréales de l'Europe.

On trouve le long des côtes scandinaves et bretonnes des rochers couverts de dessins jusqu'ici fort mal interprétés, représentant : 1° des barques effilées, ornées de branches de sapin ; autour, des femmes et des enfants se livrant à la danse, et au milieu, un individu debout, un tison à la main ; 2° des schémas d'embarcation vide ; 3° des haches de formes spéciales. Ce sont là emblèmes des croyances que célébrèrent tout d'abord comme dieux, le soleil et le feu. Or, elles n'y furent pas portées par les Egyptiens, très amoureux de leur terre natale qui, seule après leur mort, pouvait leur assurer les soins qu'exigeait la vie d'outre-tombe. Un seul peuple, les Phéniciens, peut avoir servi la propapation de cette foi primitive.

En effet, ceux-ci ne trouvaient pas sur leur étroit territoire des ressources suffisantes ; les vagues qui battaient leurs rives semblaient les appeler, et ils devinrent des navigateurs, de vrais écumeurs de mer. Sans boussole, ils cabotèrent le long des côtes barbaresques et laissèrent trace de leur passage en Tunisie, en Crète, à Rhodes, à Cadix, à Nîmes et jusqu'en Avignon. Ils fabriquaient des dieux pour l'exportation : dans toutes les îles de la mer Egée, on retrouve des statuettes de leur grande déesse Astarté. Bientôt ils connurent l'Océan, cotoyèrent l'Armorique et la Scandinavie, et partout se conduisirent en missionaires, colportant les idées religieuses de la vallée du Nil.

La linguistique donne aussi à cette opinion un éclatant témoignage : les mots Bétyle et Gal, qui sont du pur phénicien, se retrouvant dans le langage breton, pour désigner les blocs de pierre et le dolmen.

Reste à prouver l'existence de la lèpre chez les Phéniciens, ce qui n'est pas difficile. Hippocrate désigne la lèpre sous le nom de « mal phénicien » ; une inscription trouvée à Marseille et d'écriture phénicienne, est conçue en ces termes : « Tout lépreux et toute personne qui implorera les dieux et les personnes qui sacrifient, etc... ». Un papyrus datant de Ramsès II, donne des détails circonstanciés sur le traitement de la lèpre. Moïse en parle également et n'a pu s'en instruire que chez les Egytiens, dans cette vallée du Nil, patrie de l'éléphantiasis, où, si haut que l'on remonte, la lèpre paraît avoir sévi.

Les Phéniciens, grands voyageurs, furent les agents de la diffusion ; là où le Phénicien a passé, la lèpre existe, et cette relation de cause à effet est d'autant plus indéniable que si nous retrouvons la terrible maladie sur les côtes, dans tous les pays baignés par la mer, à l'exclusion de l'Europe centrale, nous y retrouvons aussi un type anthropologique côtier tout différend de celui de l'intérieur. Pendant que le premier est brachycéphale, le second est dolichocéphale, et M. Arbo, l'éminent anthropologiste de Christiania, dit que le type côtier, le plus ancien est dû à des envahisseurs des temps primitifs. Peut-être sont-ce nos Phéniciens qui ne craignaient pas de faire souche là où le sort les jetait, tandis que les fils d'Israël qui, eux aussi, connurent la lèpre, s'interdisaient absolument, de par la loi de Moïse, de s'apparenter aux incirconcis.

Messieurs, cette thèse soutenue avec beaucoup de talent par M. Rogalski vous semblera-t-elle, comme à votre rapporteur, suffisamment plausible et solidement étayée? Je ne sais, mais je suis bien sûr que vous ne garderez aucun doute sur la grande science, l'érudition profonde de haute culture de son auteur. A tous ces titres, M. Rogalsky mérite de prendre place dans notre Compagnie, et j'ose espérer que sa candidature réunira l'unanimité de nos suffrages.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées : le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. Grasset. — Dans le rapport sur la candidature de M. Rogalski, présenté par notre distingué collègue M. Jullien, il y a une question anthropologique assez importante. Sans vouloir nier l'apport de la lèpre, par les phéniciens, sur les côtes de Bretagne et jusqu'en Norwège, je dois avouer qu'un des arguments de M. Rogalski me semble de nulle valeur

comme étant mal interprété; d'ailleurs M. Jullien n'y attache aussi qu'une minime importance. Si sur certains monuments mégalithiques, on trouve des représentations plus ou moins nettes, de barques portant à l'avant un prêtre brandissant un brandon enflammé, ou d'autres symboles du culte du feu, c'est loin d'être en faveur de l'exode des phéniciens. je dirai même que c'est contraire.

Le peuple des Dolmen est énormément antérieur à la période historique où s'étendit le peuple Phénicien, il date de la fin de l'âge de la pierre polie et du commencement de l'époque du bronze, son origine est asiatique et sa marche a été de l'Oural à la Finlande, à la Suède, la Norwège, l'Islande la Grande Bretagne, les côtes occidentales de France et du Portugal et enfin le Nord de l'Afrique, c'est-à-dire l'inverse de l'itinéraire suivi plus tard par les phéniciens à la recherche de l'étain ou autres denrées. Un autre peuple blanc asiatique avait suivi la voie du Danube, de la Suisse, de l'est de la France et du nord de l'Italie, cantonné dans les régions lacustres, il avait beaucoup d'affinité avec le premier ayant probablement une origine commune. Tous deux avaient le culte du feu et se servaient de barques faites de troncs d'arbres creusés au feu. La race aryenne proprement dite a suivi plus tard, et de la fusion sont nées les races celtiques et germaines moins civilisées dans le nord, et les Pélasges, les Hellènes et les Latins plus avancés sur les côtes méditerranéennes.

Les origines des races blanches semblent être communes; les rameaux Sémites (Chaldéens, Assyriens, Hébreux, Phéniciens et probablement Egyptiens) et les rameaux Indo-Européens [Mèdes Indous, et Perses (issus d'Aryens et d'Iraniens), Slaves, Pélasges, Hellènes, Latins, etc.] ont des mythes analogues, chez tous le culte du feu a été le culte primitif diversifié ensuite suivant les caractères. Les cultes originels n'ont fait que personnifier ou déifier les découvertes de l'humanité, parmi lesquelles celle du feu frappa le plus vivement les hommes par son importance. Chez les Aryas et Iraniens primitifs, le soleil est la source de toute chaleur et de toute vie, c'est Dieu le père (Indra) qui est vénéré, le feu artificiel qui jaillit du frottement de deux bois est la mise en action de la vie d'Indra communiquée aux végétaux, c'est Dieu le fils (Agni) qui jaillit sous le *souffle* de Dieu le père et représenté sous la forme d'abord d'un épervier, puis d'une colombe. Voilà la trinité védique qui s'est propagée dans toutes les religions et qui a surtout fait le boudhisme et le christianisme, religions sœurs et ayant de nombreux points de contact. La croix n'est pas le symbole du christianisme, elle est un symbole représenté sur les poteries et les bronzes préhistoriques, soit simple, soit redoublée, soit sous forme de croix gammée (swastika); on la rencontre sur la poitrine des Boudha; les dolmen avec les élévations mégalithiques sont en forme de cercle (image du soleil), ou quelquefois d'allées en croix. La croix est la représentation de l'appareil producteur du feu, dont le symbole transmet, la découverte à toutes les générations, sur le feu, la lumière, la vie.

Or, le culte du feu s'est conservé dans sa grande simplicité, plutôt dans le rameau Indo-Européen que dans la branche Sémite où il dégénéra rapidement; la race des Dolmen l'avait plus pur que les Phéniciens. C'est donc un argument de plus, contre l'origine phénicienne des signes représentatifs invoqués, qui vient corroborer les données de la préhistoire.

Je conclurai en disant que l'argument invoqué ne vaut rien, mais que ce n'est pas une raison contre le système de M. Rogalski, les Phéniciens pouvant très bien avoir transmis la lèpre suivant l'itinéraire indiqué, non plus avec les monuments mégalithiques, mais à une époque bien postérieure, à l'origine de l'histoire.

M. Buret, répondant à une interrogation de M. Jullien, dit que la lèpre et la syphilis devaient être confondues à cette époque lointaine. Les documents manquent sur les Phéniciens, et il n'a rien pu relever de spécial chez les Chaldéens et les Assyriens. D'ailleurs, à l'heure actuelle, ces deux affections sont encore confondues en maints pays orientaux, en Afrique et notamment en Egypte : M. Zambaco-Pacha le lui a maintes fois affirmé.

M. Jullien a oublié de parler, à propos du culte du feu, du buisson ardent de Moïse qui fut l'incarnation de Dieu. A propos de la question posée par M. Grasset, il lit un passage de l'ouvrage de Rogalski qui rappelle qu'on trouve en Bretagne certains mots prouvant le passage des Phéniciens.

La Société se forme en comité secret, et prend certaines mesures relativement à des questions délicates.

La séance est levée à six heures.

L'un des secrétaires annuels :
Edmond Vidal.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Des Difficultés de l'alimentation chez les Malades.

Le médecin a journellement à résoudre ce problème : Nourrir des anémiques, phtisiques, cancéreux, etc..., pour qui l'alimentation est de toute nécessité, mais dont l'inappétence est absolue. Chez d'autres malades, il n'y a pas anorexie; mais les aliments pris ne sont pas digérés, ni assimilés. A peine absorbés, ils provoquent des révoltes de l'estomac ou occasionnent des diarrhées abondantes; toutes causes d'affaiblissement. Alors que le médecin voudrait faire choix et indiquer au malade tel ou tel aliment plus compatible avec son genre d'affection, il ne peut que lui dire : Mangez ce que vous pourrez. Mais les aliments les plus délicats, les plus susceptibles de flatter l'appétit, n'ont généralement pas plus de succès. On voit aussi échouer la viande mise en poudre ou digérée préalablement à l'aide de la pepsine. Ces moyens favorisent quelquefois l'absorption, mais trop peu souvent obtiennent la digestion et l'assimilation.

Pour ces malades, l'Élixir alimentaire Ducro est d'un puissant secours. Une expérience de plus de trente ans a démontré qu'il était toujours pris avec plaisir, toujours digéré et qu'il soutenait l'organisme le plus débilité, même à défaut de toute nourriture. Les substances qui concourent à sa préparation sont : la viande crue, l'hypophosphite de soude, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Il emprunte aux deux premières ses qualités reconstituantes. Les écorces d'oranges amères ne lui communiquent pas seulement le goût si agréable qui le fait assimiler aux meilleurs liqueurs de table, mais aussi les propriétés apéritives et stomachiques des amers. Quant à l'eau-de-vie dont on a dans ces derniers temps condamné à juste titre l'abus, mais reconnu les mérites lorsqu'elle est de bonne qualité et employée avec discernement, elle apporte à l'Elixir Ducro ses qualités d'antidéperditeur ; par elle, il aide à retarder la désassimilation. Si l'Elixir Ducro ne saurait être considéré comme alimentaire à l'égal de la viande prise en nature, il l'est assez pour soutenir les forces du malade jusqu'au jour où, les fonctions digestives étant rétablies, la nourriture peut être reprise. Par dessus tout, il a le mérite de toujours être pris et digéré, alors que toute autre nourriture est refusée.

FORMULES

XII. — Contre l'incontinence d'urine.

Teinture de Cantharide.		5 grammes.
Sirop de cannelle	} *ââ* 100	—
— de gomme..		

une cuillerée à café le soir en se couchant. (Comby.)

XIII. — Contre la teigne.

Sublimé.		0 gr. 01 centig.
Acide tartrique		0 gr. 40 —
Chlorhydrate de cocaïne		1 gramme.
Alcool	} *ââ* 10	—
Eau distillée . .		

Faire plusieurs piqûres d'*une* goutte avec la seringue hypodermique dans le derme épilé et raclé. (Du Castel.)

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Rédacteur spécial : M. le Dr P. KERAVAL.

I. — Suicides et crimes étranges ; par MOREAU (de Tours). (Paris, in-18, 1899, Société d'Editions scientifiques.)

I. — Des faits hideux qui constituent les observations de ce genre, nous ne dirons rien. Ils prouvent, en tous cas, bien, comme l'écrit le savant publiciste, que les crimes et les suicides étranges, analogues entre eux, révèlent des intelligences anormales, éminemment propres à subir l'influence des passions auxquelles elles ne peuvent résister, et sous l'empire desquelles elles commettent ces actes atroces. Même chez les individus qui, avec un *sang-froid apparent*, imposent à leurs victimes les plus épouvantables tortures, les sentiments affectifs et moraux sont faussés : ils subissent l'influence d'une hérédité fatale, on trouve chez eux des caractères anormaux. Mais, au point de vue pratique, ils sont dangereux, et ne doivent pas être innocentés. Leur place est dans un asile d'aliénés criminels. C'est également dans un établissement de ce genre qu'il conviendrait d'envoyer celui qui, sous l'empire d'une aliénation passagère, nettement définie, doit être acquitté comme irresponsable. Il y a grave inconvénient à mélanger ces criminels avec de véritables aliénés.

II. — Préparation et coloration du système nerveux ; par B. POLLACK. Traduit de l'allemand par J. NICOLAIDI, préface de P. E. LAUNOIS. (Paris, in-8, 1900, G. Carré et C. Naud, éditeurs.)

II. — L'importance d'une bonne technique, et l'utilité d'un manuel, qui, comme celui de Pollack, renferme tous les procédés actuellement employés, sont transparentes. La traduction de M. J. Nicolaidi, est fidèle, il a su conserver l'ordre, la précision et la clarté, qui constituent les qualités dominantes de ce petit livre éminemment pratique. Ainsi pense M. Launois. C'est également notre avis.

III. — Médecine légale des aliénés ; par de KRAFFT-EBING. Traduit par le Pr RÉMOND (de Toulouse). (Paris, in-8, 1900, O. Doin et L. Larose, éditeurs.)

III. — C'est le premier fascicule de l'ouvrage fameux de l'auteur allemand, qui parait aujourd'hui en français. C'en est *la partie criminelle*. Le gros recueil de faits, d'espèces médico-légales, du professeur de Vienne, a pour but de coordonner les données de l'expérience personnelle et celles de la littérature générale, afin d'arriver à posséder tous les éléments d'appréciation des états mentaux douteux En choisissant avec le plus grand soin ses observations, le maître éclaire les questions les plus importantes de la psychopathologie juridique, et, comme celle-ci n'a pas de limites, il facilite la tâche du praticien en lui indiquant d'autres cas particuliers. M. Rémond, à son tour, ajoute, çà et là, au texte allemand, traduit par lui, entre crochets, des notes qui lui paraissent de nature à faciliter la tâche des médecins, si peu versés en France dans tout ce qui touche les questions de droit, et des observations. Rien de mieux. Nous ne pouvons que désirer posséder bientôt l'ouvrage complet.

IV. — Leitfaden der physiologischen Psychologie ; par Th. ZIEHEN. (Iena in-8, 1900. 5e edition. G. Fischer, editeur.)

IV. — Nous ne pouvons que répéter ce que, tout récemment encore, nous disions de ce livre, à propos de sa 4e édition. La rapidité avec laquelle il s'enlève prouve l'intérêt qu'y prennent les médecins qui lisent la langue allemande. Le professeur Ziehen le perfectionne, à chaque nouvelle édition, mais il a soin de lui conserver son cachet de manuel aussi élémentaire que le comporte le sujet traité, et de ne pas y introduire trop d'X.

V. — Sulla origine infettiva del delirio acuto, par L. CAPPELLETTI. (Ferrare, in-8°, 1899, Bresciani, édit.)

V. — Trois observations avec recherches complètes. Décidément on rencontre toute espèce de microbes dans cette affection, ce qui prouve que ceux qu'on y rencontre n'ont pas d'importance pathogène spéciale. La theorie infectieuse du délire aigu n'est donc point encore résolue. Les lésions destructives des cellules cérébrales constatées peuvent d'ailleurs être la conséquence tout aussi bien d'un processus infectieux que d'un processus auto-toxique, par trouble des échanges nutritifs, entraînant l'altération de l'assimilation matérielle.

VI. — Bemerkungen zur psychischen Behandlung des Zwangsirreseins; par H. STADELMANN. (Tirage à part de l'*Allgem. Med. Central-Zeitung*, 1899, n° 81.)

VI. — Observation montrant que les obsessions n'altèrent pas la personnalité. Elles modifient la volonté et changent la disposition du caractère, mais n'en font pas un caractère foncièrement pathologique. En sus des modificateurs toniques, tels que la gymnastique, l'hydrothérapie, l'alimentation, les occupations physiques, il n'y a que le traitement psychique, sous forme de suggestion qui puisse exercer une action favorable sur les obsessions. Le traitement prophylactique repose sur une éducation appropriée à chaque cas particulier. C'est la conduite qu'il convient de suivre également dans le traitement des obsessions sexuelles et des sentiments sexuels irrésistibles.

VARIA

Le Centenaire de l'Internat.

L'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris a décidé de célébrer le centenaire de l'internat qui tombe le 23 février 1902. A cet effet, une Commission, dite du centenaire, a été instituée. Elle se compose de 100 membres anciens internes de Paris, de province et de l'étranger et internes en exercice :

Anciens internes. — Paris : MM. Barth, Marcel Baudouin, Blache, Bottentuit, Bouchard, Bourneville, Brouardel, Bucquoy, Budin, Castex, Maurice Chaillous, Dubrisay, Durand-Fardel, Faisans, Fernet, de Fleury, Louis Guinon, Guyon, Noël Hallé, Huchard, Jayle, Joffroy, Juglar, Labbé, Laborde, Lannelongue, F. Le Sourd, Lubet-Barbon, L. Martin, Marey, P. Marie, Pinard, Pozzi, Rendu, Richelot, Paul Richet, H. Roger, Segond, Sevestre, Thibierge, Tillaux, Teissier, Paul Tissier, Verchère. — *Province* : MM. Brunon (de Rouen), Chedevergne (de Poitiers), Chenieux (de Limoges), Coyne (de Bordeaux) Despaignet (de Mont-de-Marsan), Duret (de Lille), Gillot (d'Autun), Henrot (de Reims), Imbert (de Montpellier), de Lapersonne (de Lille), Malherbe (de Nantes), Maunoury (de Chartres), Monprofit (d'Angers), Pamard (d'Avignon), Pilate (d'Orléans), Rist père (de Versailles), Spillmann (de Nancy), Veslin (d'Evreux). — *Etranger* : MM. Julliard (de Genève), Kalindero (de Bucharest), J. Reverdin (de Genève), Revillod (de Genève), Stoïcesco (de Bucharest).

Internes en exercice. — MM. Armand-Delille, Berthier, Bourlot, du Pasquier, Gadaud, Cuillain, Janot, Laignel-Lavastine, Lemierre, Nicaise.

Cette Commission a nommé un Comité d'action ainsi composé : Président : M. Brouardel; vice-présidents : MM. Bouchard, Guyon; secrétaire : M. Durand-Fardel; membres : MM. Tillaux, Sevestre, Henrot, Thibierge, Chaillous, Paul Tissier, Bourlot, Laignel-Lavastine; trésorier : M. Steinhel, éditeur.

Ce Comité s'est réuni le 19 janvier chez le président, M. Brouardel.

A l'Université nationale d'Athènes.

L'Université nationale d'Athènes vient de célébrer, le 30 décembre 1900, le vingt-cinquième anniversaire de professorat de M. le Pr de clinique chirurgicale Spiridion-Manghinas, dans la grande salle de l'Université. Le recteur M. C. Mitsopoulos, professeur de géologie salua le premier M. Manghinas par une allocution très sentimentale, et après lui M. le doyen de la Faculté de Médecine, Pr Kalliontzis, lui adressa une allocution de la part de ses confrères, et enfin un des étudiants en médecine de la part de ses élèves. M. Manghinas remercia ensuite ses confrères et ses élèves, et à cette occasion a fait une conférence très intéressante et instructive sur la *Chromatologie chez Homère*, ayant démontré que le grand poète de l'antiquité n'était ni aveugle, ni daltonique, et qu'au contraire il savait très bien distinguer les diverses couleurs. Le soir

on assista à un banquet offert de la part des médecins de la ville d'Athènes, en l'honneur du savant professeur, le Recteur de l'Université, le doyen et les professeurs de la Faculté de médecine, les agrégés, et plusieurs autres médecins. R.

La loi sur les accidents du travail et les médecins.

Le rapport suivant a été fait au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales chargée d'examiner la proposition de loi de M. le Dr Dubuisson, député du Finistère, membre du Conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux de France, et plusieurs de ses collègues ayant pour objet de modifier l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, relative aux accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, par M. L. Mirman. Nous croyons intéressant pour nos confrères de reproduire ce rapport :

« La loi de 1898 sur les accidents du travail a affirmé pour l'ouvrier le droit de choisir son médecin, avec cette réserve évidemment nécessaire que, dans le cas où la victime aurait usé de ce droit, le chef d'entreprise ne serait tenu à rembourser les frais médicaux que dans les limites, peut-on dire normales ; c'est cette pensée qui a dicté le second paragraphe de l'article 4 : Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait choix de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite. Cette liberté absolue laissée à la victime est nécessaire ; elle n'a jamais été contestée par le Parlement; elle a été rappelée par M. le garde des sceaux Lebret, dans la circulaire du 10 juin 1899 (1), aucun commentateur de la loi de 1898 ne l'a, à notre connaissance, mise en doute ; et cependant une certaine incertitude règne à cet égard dans l'esprit même des intéressés; plusieurs compagnies d'assurances, ayant leurs médecins attitrés, se sont efforcées de faire croire aux victimes que ces médecins leur pouvaient être imposés, et la plupart d'entre nous ont eu la plus grande peine à dissiper sur ce point l'ignorance des travailleurs. Des compagnies ont fait plus que d'afficher une si audacieuse interprétation de la loi de 1898, et l'une d'elles n'a pas craint de prétendre récemment, dans un département voisin de Paris, qu'un ouvrier — soigné d'abord par le médecin qu'elle lui avait envoyé — ayant préféré se faire transporter et traiter à l'hôpital de la commune, elle se trouvait, par ce choix du blessé, dégagée du paiement de tous frais de maladie.

« M. Dubuisson et plusieurs autres de nos collègues ont été émus par ces prétentions des compagnies d'assurances, par la timidité aussi avec laquelle les intéressés y résistaient, par l'incertitude où ils étaient de trouver dans la loi une affirmation formelle et catégorique de leur propre droit. Aussi demandent-ils à la Chambre d'ajouter à l'article 4 de la loi de 1898 la disposition suivante : « Toute société qui s'engage à se substituer au chef d'entreprise, en vue de l'exécution de ses charges, devra mentionner dans cet engagement que l'ouvrier conservera la liberté de choisir son médecin.

« Votre Commission a pensé, Messieurs, qu'il y avait quelque inconvénient à entrer dans cette voie; nous n'avons pas, nous semble-t-il, à imposer aux compagnies d'assurances par un article de la loi, l'obligation d'introduire telle ou telle disposition dans leurs polices ; la seule chose que l'on puisse, que l'on doive exiger d'elles, c'est qu'elles n'y introduisent aucune clause qui soit contraire à la loi, et une telle clause y serait-elle même inscrite, qu'elle serait de nulle effet, en vertu de l'article 30 : « Toute convention contraire à la présente loi est nulle de plein droit ». Observons, en outre, que la mention dans les polices d'assurances, demandée par les auteurs de la proposition, ne serait pas connue de la victime, plus que la police elle-même et n'augmenterait en rien sa force de résistance contre les prétentions injustifiées de la compagnie tendant à lui imposer le médecin qu'elle a elle-même choisi. Enfin, la question se serait posée de savoir si cette mention obligatoire doit être introduite dans les contrats en cours.

« Votre Commission, Messieurs, a donc repoussé la proposition dans les termes mêmes où elle était formulée; mais elle a cru devoir en retenir l'idée inspiratrice; elle a considéré qu'il était fâcheux peut-être que cette liberté de l'ouvrier n'ait été indiquée dans la loi de 1898 que sous la forme d'une courte phrase incidente ; elle a pensé que pour couper court à toute controverse, pour rendre impossible toute contestation sur ce point entre la victime d'une part et d'autre part le chef d'entreprise ou la Compagnie d'assurances substituée à lui, il était aussi utile que simple d'affirmer ce droit avec une absolue netteté, qui ne fera d'ailleurs qu'exprimer avec plus de force la volonté du législateur.

En conséquence, et d'accord avec les auteurs de la proposition, lesquels se sont ralliés à cette façon de voir, elle vous demande, Messieurs, d'adopter pour l'article 4 la nouvelle rédaction que consacre le projet de loi ci-après :

Proposition de loi. — Article unique. — Le second paragraphe de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, est modifié comme suit :

« *La victime, pendant toute la durée du traitement, a le libre choix de son médecin.* Toutefois, si elle use de ce droit, le chef d'entreprise ne peut être tenu, en ce qui concerne les frais médicaux et pharmaceutiques, que, jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite. »

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 4. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Rémy, Sebileau, Lepage.— 5e *de Doctorat* (1re *série*) (1re *partie*). Chirurgie : MM. Tillaux, Reclus, Legueu. — (2e *série*) (1re *partie*). Chirurgie: MM. Terrier, Delens, Mauclaire. (2e *partie*) : MM. Fournier, Teissier, Méry.

MARDI 5. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Campenon, Maygrier, Thiéry. — (2e *partie*) A. R. : MM. Hallopeau, Gilbert, Charrin. — (2e *partie*) Oral. N. R. : MM. Raymond, Roger, Thiroloix. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Berger, Schwartz, Faure. — (2e *partie*) : MM. Joffroy, Troisier, Vaquez. — (2e *partie*) : MM. Chauffard, Marfan, Dupré.

MERCREDI 6. — *Médecine opératoire* N. R. : MM. Walther, Poirier, Lejars. — 2e *de Doctorat* N. R. MM. Gariel, Reynier, Launois. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Reclus, Segond, Varnier.— (2e *partie*). A. R. : MM. Brissaud, Gilles de la Tourette, Widal.

JEUDI 7. — *Médecine opératoire*: A. R.: MM. Le Dentu, Hartmann, Thiéry. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. : MM. Blanchard, Letulle, Ménétrier.— 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Gautier, Gley, Launois. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Schwartz, Richelot, Wallich. — (2e *partie*). Oral. N. R. : MM. Chauffard, Charrin, Wurtz.

VENDREDI 8. — 4e *de Doctorat*. N. R. : MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz, — 5e *de Doctorat* (1re *série*) (1re *partie*). Chirurgie : MM. Delens, Poirier, Mauclaire. — (2e *série*) (1re *partie*). Chirurgie : MM. Segond, Reynier, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Letulle, Widal. — (1re *partie*). Obstétrique. : MM. Pinard, Varnier, Lepage..

SAMEDI 9. —3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. : MM. Hanriot, Letulle, Roger.— Oral. N. R. : MM. Troisier, Gilbert, Ménétrier. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Pouchet, Vaquez, Dupré. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Le Dentu, Quenu, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Proust, Debove, Thiroloix. — (1re *partie*. Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 6 FÉVRIER. — M. Petit. Contribution à l'étude de kystes thyro-thyroïdiens médians. — M. Baque. Du traitement ambulatoire des arthrites tuberculeuses du membre inférieur au début. — Mlle Rogovine. Influence de la lumière blanche et de la lumière colorée sur l'évolution des êtres vivants. — M. Tribaudeau. Des déplacements pathologiques du médiatin, liés aux mouvements respiratoires. Etude de radioscopie médicale.

JEUDI 7. — M. Trombert. Du cathétérisme rétrograde dans les ruptures traumatiques de l'urètre. — Mme Bouet. Contribution à l'étude de congestions pleuro pulmonaires d'origine ovarienne. — M. Maltrait. De la scarlatine à l'hopital des Enfants Malades pendant l'année 1900. (Etude statistique de clinique.) — M. Coffard. Etude historique et critique du traitement de la tuberculose. — M. Romanesco. Contribution à l'étude du Manuel opératoire de l'eversion de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle.

(1) « Les frais médicaux et pharmaceutiques sont payés en entier par le patron lorsque ce dernier a désigné le médecin, ou que la victime est soignée dans un hopital. *Rien ne s'oppose, d'ailleurs, à ce que l'ouvrier blessé choisisse lui-même son médecin* ; mais pour éviter des abus, la loi a décidé que, dans ce cas, le chef de l'entreprise ne serait tenu que... »

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 20 janv. au samedi 26 janv. 1901, les naissances ont été au nombre de 1.116 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 415, illégitimes, 153. Total, 568. — *Sexe féminin* : légitimes, 389, illégitimes, 159. Total, 548.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511 629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 20 janvier au samedi 26 janvier 1901, les décès ont été au nombre de 1,007, savoir : 529 hommes et 478 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 1, F. 9, T. 10.r— Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 6, F. 6, T.12. Rougeole : M. 7, F. 3, T. 10. — Scarlatine : M. 1, F, 0, T, 1. — Coqueluche : M. 0, F. 3, T. 3. — Diphtérie et Croup : M. 8, F. 2, T. 10. — Grippe : M. 7, F. 4, T. 11. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0.— Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0, — Autres maladies épidémiques : M. 3, F, 5, T.8. — Tuberculose des poumons : M. 109, F. 72, T, 181. — Tuberculose des méninges : M. 12, F. 9, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 4, F. 5, T. 9. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 24, F. 28, T. 52. — Méningite simple : M. 12, F. 6, T. 18. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 21, F. 31, T. 52. — Maladie organique du cœur : M. 39, F, 30, T. 69. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 12, T. 19. — Bronchite chronique : M. 16, F. 14, T. 34. — Pneumonie : M. 26, F. 22, T. 48. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 54. F. 59, T. 113. — Affection de l'estomac (cancer exe) : M. 5, F. 2, T. 7. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 4, F. 3, T. 7 ; autre alimentation, M. 7, F. 6, T. 13. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Hernies, obstruction intestinale : M. 1, F. 3. T. 4. — Cirrhose du foie : M. 2, F. 5, T. 7. — Néphrite et mal de Bright : M. 17, F. 8, T. 25. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 2, T. 2. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 27, F. 18, T. 45. — Débilité sénile : M. 13, F. 36, T. 49. — Morts violentes : M. 15, F. 7, T. 22. — Suicides : M. 8, F. 5, T. 13. — Autres maladies : M. 71, F. 61, T. 132. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 9, F. 3, T. 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 61, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 5. Total : 27. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 12, Total : 34.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris.* — Un concours pour la nomination à trois places de médecin des Hôpitaux sera ouvert le lundi 4 mars 1901, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 28 janvier 1901 et sera clos définitivement le lundi 11 février suivant, à trois heures.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommes dans l'Ordre national de la Legion d'honneur : Au grade de *Commandeur* : M. le Dr Grancher, médecin en chef, professeur de clinique des Enfants-Malades, membre de l'Académie de Médecine. — Au grade de *Chevalier* : M. le Dr Jalaguier, chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés, professeur, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris ; — M. le Dr Marfan, médecin des hôpitaux, professeur, agrégé à la Faculté de Medecine de Paris ; — M. le Dr Pietkiewicz, médecin-dentiste, à l'Hotel-Dieu de Paris ; — M. le Dr Cuvillier, chargé d'une clinique à l'hopital des Enfants-Malades à Paris ; — M. le Dr Laburthe, médecin du Ministère de l'Intérieur à Paris ; — M. le Dr Fesque, conseiller général, maire d'Aurillac ; — M. le Dr Ramaroni, chirurgien de l'hospice de Bastia ; — M. le Dr Phélippot, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux ; — M. le Dr Sicart, maire de Béziers ; — M. le Dr Ramadier, médecin à Saint-Chély d'Apcher (Lozère) ; — M. le Dr Laguille, médecin à Autun ; — M. le Dr Lacaze-Duthier, médecin à Montauban ; — M. le Dr Marquet maire de Rochechouart (Haute-Vienne) ; — M. le Dr Druhen, de Besançon ; — M. le Dr Strapart, médecin honoraire des hospices de Reims ; — M. Arnaud, professeur au Muséum d'histoire naturelle. — M. Legludic, directeur de l'Ecole préparatoire de medecine et de pharmacie d'Angers ; — Mme Faurestié, en religion sœur Candide, supérieure de l'hôpital d'Ormesson (Seine-et-Oise). — (Au titre militaire) : les médecins principaux des colonies : MM. Hebrard, Vergoz, Biroleau et M. le medecin de 1re classe des colonies Lasnet.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Pr RAYMOND : *Clinique des maladies du système nerveux*. Mardi et vendredi, à 10 heures. — M. le Dr Jules VOISIN : Conférences sur les maladies mentales et nerveuses, les jeudis, à 10 heures du matin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ (Amphithéâtre Potain). — M. le Dr MAYGRIER, agrégé : *Leçons cliniques d'obstétrique*, jeudi à 10 heures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 6. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 9 FÉVRIER 1901.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — MALADIES DES VOIES URINAIRES : Des poussées de prostatite aiguë au cours de l'hypertrophie sénile de la prostate, par A. Guépin. — ASSISTANCE MÉDICALE : L'œuvre des sanatoriums populaires en France, par Sersiron. — BULLETIN DU PROGRÈS MÉDICAL : Les autopsies dans les hôpitaux, par J. Noir. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de Biologie* : Influence des lésions de l'appareil auditif sur le vertige voltaïque, par Babinski ; Mécanisme des diastases, par Camus et Hanriot ; Altération rénale par intoxication du venin de scorpion, par Launay ; Phagocytose du bacille d'Eberth, par Maget, Chelifer cancroïde, par Artault ; Stomatite érucique, par Artault ; Taux de l'urée, par Levens ; Capacité respiratoire du fœtus, par Nicloux (c. r. par Edwards-Pilliet) ; — *Académie de médecine* : Les tractions rythmées de la langue, par Pinard ; Election d'un secrétaire perpétuel : le Pr Jaccoud ; L'anesthésie médullaire, par Porak ; Pathologie de l'hydrocèle chronique, par Peyrot et Milian ; Variole et vaccin, par Hervieux ; Tube laryngien dans l'asphyxie du nouveau-né ; Le diabète dyspeptique, par Robin (c. r. par Plicque) ; — *Société médicale des hôpitaux* ; Ostéo-arthropathies d'origine pneumonique, par Boulloche ; Angine à bacilles fusiformes, par Vincent ; La fièvre typhoïde dans les hôpitaux, par Troisier ; Méningite cérébro-spinale, grippale, par Rendu (c. r. par J. Noir) ; — *Société de Chirurgie* ; De la morbidité de l'œil artificiel, par Lagrange ; Plaies de poitrine, par Peyrot ; Traitement chirurgical des gangrènes diabétiques, par Bégouin (c. r. par Schwartz) ; — *Société de Thérapeutique* (c. r par Rellay) ; — *Société d'Obstétrique de Paris* (c. r. par Chéron) ; — REVUE D'OPHTALMOLOGIE (An. Kœnig). — THÉRAPEUTIQUE. — BIBLIOGRAPHIE. — VARIA. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HOPITAUX. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Des poussées de prostatite aiguë au cours de l'hypertrophie sénile de la prostate ;

Par le Dr A. GUÉPIN, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

I.

Lorsque, en 1894, feu mon maître Reliquet et moi nous formulâmes, pour la première fois, la théorie pathogénique épithéliale ou glandulaire de l'hypertrophie prostatique sénile, dans notre étude sur *les glandes de l'urètre*, chacune de nos conclusions théoriques et pratiques fut appuyée sur des observations cliniques qu'il nous eut été facile de rendre au besoin plus nombreuses encore. Et maintenant, après une série de publications (1) qui ont triomphé de toutes les résistances, la majorité des auteurs répète après nous que la *prostatite sénile est bien de nature, d'origine et d'évolution glandulaires* (2).

L'hypertrophie prostatique est une prostatite spéciale que caractérise seulement, au point de vue anatomopathologique, une lésion particulière : la slérose périglandulaire systématisée progressive. On conçoit donc dès maintenant qu'il ne soit pas une prostatite (infection) qui ne puisse aboutir à l'hypertrophie quand se rencontrent en même temps des conditions favorables d'ordre local et général. Ces conditions ont déjà été longuement étudiées à plusieurs reprises aux trois périodes successives de l'évolution de la prostatite sénile.

(1) HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE (PROSTATITE SÉNILE). *Académie de Médecine*, 1895 à 1901. — *Académie des Sciences*, 1899 à 1901. — *Gazette des hôpitaux*, 22 avril 1897 26 août 1897, 17 mars 1898, 9 juin 1898, etc. — *Tribune médicale*, 26 février 1896, 28 octobre 1896, 2 décembre 1896, 20 janvier 1897, 19 mai 1897, etc. — *Journal des praticiens*, 21 octobre 1896, 25 septembre 1897. — *Indépendance médicale*. 18 décembre 1895, etc. — *Les glandes de l'urètre*, Paris, 1894 (tome II, 1895). *L'hypertrophie sénile de la prostate*, Paris, 1900 (Vigot, édit.). — J. RELIQUET : *Recherches sur l'étiologie de l'hypertrophie sénile de la prostate*, thèse de Paris, 1900. — P. LOZÉ : *De l'orchite des prostatiques*, thèse de Paris, 1897. — DE GRANDCOURT : *Les fausses cystites*, thèse, Paris, 1895.

(2) G COLIN : Examen et massage de la prostate, etc. *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 25 juillet et 10 août 1900.

Mais puisqu'il s'agit d'une variété de prostatite chronique empruntant au terrain spécial sur lequel elle évolue ses seuls caractères spéciaux, il est dès lors manifeste que des poussées d'infection aiguë doivent être fréquentes au cours de l'hypertrophie. Toute considération théorique laissée un instant de côté, il suffit pour s'en convaincre d'interroger les faits. Je me bornerai aujourd'hui à rappeler, avec exemples à l'appui, que pendant la seconde période évolutive, l'abcès intraprostatique aigu est fréquent, tout aussi fréquent qu'est rare l'abcès périprostatique, le phlegmon vrai de la prostate, à l'âge et dans la situation du malade envisagé. Pour ne pas compliquer la question, ou donner à ce travail un développement par trop considérable, la partie étiologique, symptomatique et thérapeutique déjà présentée maintes fois à propos du *foyer infectieux prostato-génital* (1), fera place à un simple résumé d'observations publiées ailleurs *in extenso*, le but à atteindre étant actuellement de montrer la fréquence même des complications locales inflammatoires aiguës de la prostatite sénile.

II.

La lecture du résumé des cas suivants empruntés aux « glandes de l'urètre » rend inutile de prolonger cette énumération. En effet, ils semblent tous calqués les uns sur les autres, à ne considérer que leurs traits essentiels. Car, dans une série d'une dizaine d observations, j'en relève six identiques où les accidents inflammatoires prostatiques aigus, au cours de la prostatite sénile, ont pris une importance de premier ordre.

Entrant alors dans les détails, on voit que leur étiologie est commune. Un malade atteint de prostatite sénile caractérisée, avec rétention d'urine incomplète et excitation vésicale ou avec rétention complète, se sonde déja depuis quelque temps quand se manifestent les symptômes d'une poussée de prostatite aiguë avec ou sans les phénomènes généraux du foyer infectieux prostato-génital. Un oubli des règles antiseptiques obli-

(1) A. GUÉPIN : Le foyer infectieux prostato-génital ; *Les glandes de l'urètre* (t. I et II) ; *Tribune médicale*, 28 octobre 1896 ; *Brochure* (Goupy, édit.), Paris, 1896 ; *Académie de medecine*, 16 janvier 1900 ; *L'hypertrophie sénile de la prostate*, Paris, 1900 (Vigot, édit.).

gatoires, un traumatisme du canal profond, en est la cause occasionnelle, mais non nécessairement déterminante, puisque une infection générale surajoutée (grippe) ou une miction naturelle intempestive peuvent suffire à faire éclater les accidents dont l'origine première est dans la prostate elle-même, ainsi que l'apprend l'anatomie pathologique et que le démontre la clinique.

A l'intensité et à la diffusion près, les symptômes locaux sont les mêmes dans tous les cas. Augmentation du volume de la prostate, prostatomégalie qui masque les lésions de la prostate sénile et les laisse réapparaître quand s'atténuent le gonflement, la tension de la glande et la réplition de ses cavités par des sécrétions muco-purulentes d'excessive abondance. Il est de règle, à la suite de ces poussées plus ou moins souvent répétées, de voir la sclérose périglandulaire systématisée progressive évoluer avec une plus grande rapidité vers la destruction par étouffement de l'élément prostatique noble ou sécrétoire, c'est-à-dire de l'épithélium, quand le malade ne succombe point à l'infection générale, ce qui est plus ordinaire encore. Quelquefois cependant les conséquences de ces abcès intra-glandulaires sont celles des abcès périprostatiques liés aux prostatites diffuses; et la prostate à la suite perd de ses dimensions pathologiques par le fait de la sclérose simple extra et périlobulaire.

La suppuration est presque toujours, dans les cas heureux, conduite au dehors par les voies naturelles s'écoulant en partie à l'extérieur par le méat, parfois en partie dans la vessie où elle se mélange aux urines septiques ou aseptiques. La compression digitale de la prostate et des vésicules séminales constitue non seulement un procédé thérapeutique dont chacun connait aujourd'hui la valeur (1), mais renseigne très exactement le chirurgien sur l'état de ces organes, la nature et l'abondance de leurs sécrétions. Enfin, quand il reste dans un point quelconque de l'appareil génital (prostate, vésicules, voies spermatiques), un foyer d'infection même très atténué, la rechute est toujours à craindre, toujours presque inévitable, presque toujours, a un moment ou à l'autre suivie d'issue fatale. Car, « les prostatiques meurent habituellement de leur prostate seule; et les localisations à distance incriminées en pareil cas, ne sont que des complications ultimes, mais non capitales, d'un état susceptible d'entraîner la mort par lui-même. » (Reliquet).

Obs. XXVII. *Les glandes de l'urètre.* Résumés). — M. X., 62 ans; prostatite sénile; depuis trois ans ce malade ne peut uriner sans la sonde. Il se présente avec les signes d'une prostatite aiguë. Huit jours après le début du traitement, il évacue par l'urètre une grande quantité de muco-pus; guérison.

Obs. XXVIII (*id.*). — M. X., 77 ans. Rétention d'urine prostatique; signes de prostatite aiguë. Après cinq jours de sonde à demeure, les sécrétions prostatiques, chargées de pus, sortent spontanément du canal. Guérison relative, le malade ne pouvant uriner en dehors du cathétérisme, mais disparition de tout écoulement. L'expression prostatique est négative; (cette manœuvre n'est d'ailleurs jamais négligée).

Obs. XXX (*id.*). — M. X., 65 ans. Prostatite sénile évoluant manifestement depuis 1873. En 1875, rétention complète d'urine. De 1875 à 1880, fréquentes poussées aiguës de prostatite, se terminant par l'évacuation spontanée de la glande. Cette même année, constitution du foyer infectieux prostato-génital et mort.

Obs. XXVI (*id.*). — M. X., 84 ans. Hypertrophie prostatique suivie pendant plusieurs années. Se présente avec des signes de prostatite aiguë. Evacuation spontanée des cavités prostatiques et grande amélioration consécutive. A peu de temps de là, miction naturelle intempestive; foyer infectieux, prostato-génital; mort.

Obs. XXIV (*id.*). — M. X., 68 ans. Hypertrophie prostatique, se présente le 12 avril 1893, avec des signes de prostatite aiguë. Les cavités prostatiques s'évacuent spontanément après quelques jours de traitement. Guérison au bout de deux mois.

Obs. XXIII (*id.*). — M. X., 66 ans. Prostatite sénile avec rétention d'urine. Accidents inflammatoires prostatiques subaigus en 1889. Grande amélioration sous l'influence du traitement, jusqu'au moment où le malade commence à uriner seul; alors plusieurs poussées successives. Prostatite aiguë spontanée en apparence (grippe) en 1893, terminée par l'évacuation des cavités glandulaires. En 1894, guérison.

(1) A. Guépin: Compression digitale de la Prostate; *Académie de Médecine*, 24 août 1897; *Gazette des hôpitaux*, 26 août 1897; *Journal des Praticiens*, 25 septembre 1897; *La Clinique* (de Montréal), avril 1898; *Revue Internationale de thérapeutique et de pharmacologie*, 18 octobre 1898, *Tribune médicale*, 13 décembre 1899.

ASSISTANCE MÉDICALE

L'œuvre des Sanatoriums populaires en France.

Par G. Sersiron.

L'office central des sanatoriums populaires, dont le Dr Kouindjy préconise la fondation en France, ne peut se faire à notre sens que de deux manières: ou bien avec le concours de toutes les œuvres d'initiative privée qui luttent contre la tuberculose, ou bien en dehors d'elles. Quand nous disons initiative privée, nous entendons parler, non pas de la bienfaisance seule, qui, livrée à ses propres moyens, serait bientôt insuffisante; mais des œuvres où l'action individuelle, bataillant toujours à l'avant-garde, se combine ultérieurement avec l'action des administrations hospitalières et publiques.

Or, le projet de fédérer toutes ces œuvres, en laissant pleine et entière la responsabilité de ceux qui les dirigent, de les réunir par des liens intellectuels, de leur donner un centre groupant les éléments de leur propagande, puis, par l'action commune, d'influer sur les déterminations des pouvoirs publics pour leur venir en aide à chacune, ce projet n'est pas nouveau.

Sans revendiquer la paternité de l'idée, puisqu'elle vient très naturellement à quiconque s'occupe des malheureux et cherche protection partout autour de lui, voici cependant ce que nous disions avec le Dr Dumarest d'Hauteville au Congrès d'assistance, le 30 juillet dernier. Partant du comité central en question, nous nous exprimions ainsi:

« Nous voudrions voir s'étendre le groupement commencé, et s'y englober tout ce qui, directement ou indirectement, intéresse la lutte contre la tuberculose, œuvres anti-alcooliques, logements salubres, sanatoriums marins, logements et restaurants économiques, etc. Avec tous ces éléments former une œuvre générale, ayant comme bureau les présidents des différentes ligues et, comme membre, tous leurs adhérents ou amis, réalisant une sorte d'office central, de commission extraparlementaire permanente, active et efficace, tel serait le premier point à obtenir. L'argent ne peut venir exclusivement de l'initiative privée: celle-ci a apporté les premiers subsides et a donné l'élan: elle n'est pas inépuisable, et le *budget antituberculeux doit être aussi permanent que la tuberculose elle-même*. Il ne le sera que si l'Etat apporte sa collaboration aux œuvres d'initiative privée. A ces dernières, il appartient de construire les sanatoriums; au premier, il appartient de les subventionner et de les rendre gratuits aux indigents, ainsi que d'organiser l'assistance aux familles des tuberculeux. Cette charge peut être répartie entre les communes et les départements, les sociétés de secours mutuels, de façon à n'être réellement lourde pour personne. Au fond, il ne s'agirait que d'un virement, car l'Assistance publique a déjà la charge des tuberculeux et de leurs familles. Pour être à peu près inefficace,

cette [illegible] n'est pas doute [illegible] des bureaux de bienf[illegible] la misère qu'elle [illegible] qu'il [illegible] de la création de sanatoriums populaires suffisants aux besoins des populations. Il faut trouver soit par les assurances ouvrières [illegible] comme en Allemagne, soit par des impositions spéciales ou tout autre artifice financier, un moyen de faire face aux dépenses qui s'imposent et devant lesquelles nous ne saurions reculer.

Nous proposons au Congrès d'émettre le vœu suivant :

Le Congrès, considérant que la lutte antituberculeuse ne peut être active et effective qu'au prix d'une solidarité parfaite entre les œuvres qui poursuivent le même but, d'un effort permanent, et assidu; que l'assistance aux tuberculeux ne sera réalisée sur une échelle suffisante que si la collaboration de l'Etat vient en aide à l'initiative privée. Émet le vœu : 1° qu'il soit formé un *Office central d'action pour l'assistance aux tuberculeux pauvres*, composé des présidents et des représentants les plus autorisés des divers groupements existants à ce jour, et dont le role sera de centraliser les efforts, d'obtenir et de répartir les subventions, de servir d'intermédiaire entre les pouvoirs publics et les œuvres privées; 2° que des mesures soient prises par les pouvoirs publics en vue : de subvenir à la création des sanatoriums nécessaires, par des impositions spéciales ou des mesures financières appropriées; d'assurer la subsistance des tuberculeux indigents dans les différents sanatoriums existants où en construction, *par l'organisation d'une assistance publique générale et locale aux tuberculeux* (1).

Ce vœu ne put être adopté par le Congrès parce qu'il s'agissait, dans l'espèce, d'une œuvre concernant la France seulement et par conséquent, une réunion scientifique internationale n'avait pas qualité pour se prononcer dans ce sens. Mais le principe était posé et nous tachâmes, par la suite, d'en poursuivre la réalisation. Jusqu'ici nous n'avons pu y arriver à cause des difficultes que nous avons rencontrées et que nous exposions rapidement dans notre lettre au *Progrès médical* (2).

Si le Dr Koundjy est plus heureux que nous, s'il peut, sans distinction de partis, sans distinction de religions, d'opinions, de pays, créer un groupement central assez fort pour obtenir, ou au besoin exiger, les bonnes graces des collectivités, c'est-à-dire des départements et de l'Etat, nous sommes tout prêts à le suivre et à joindre notre labeur au sien dans cette voie. Nous ne nous dissimulons pas cependant que cette institution sera beaucoup plus difficile à fonder ici qu'en Allemagne. Le Comité central de Berlin naquit, en effet, assez longtemps après les premiers sanatoriums populaires. — Fortement subventionné par les particuliers et surtout par les assurances ouvrières comme la Compagnie Hanséatique, trouvant d'un côté des sanatoriums à encourager, des malades à assister, et possédant d'autre part les ressources pour le faire, il avait sa raison d'être et son organisation était facile. En France c'est à peine si de la période d'agitation nous passons à celle de l'exécution. A qui demanderons-nous de l'argent pour aider une institution qui est encore embryonnaire et dont on attend, avant de conclure à son opportunité les premiers résultats? Croyez-vous à l'impôt sur l'alcool? Voyez seulement avec quelle difficulté le Sénat vote cette [illegible] loi [illegible] le texte [illegible] depuis sept ans dans les cartons de la commission! L'opinion n'est pas mure, même parmi ceux qui [illegible] la question.

Si, au contraire de ce que nous venons d'exposer, on veut créer de toutes pièces un comité central parisien en dehors des œuvres d'initiative privée, on me permettra de penser que cette nouvelle machine purement administrative, grosse de fonctionnaires [illegible], de bureaux de places à protégés, est un excellent tremplin électoral, mais une mauvaise action. Laissons voter les quelques cent millions nécessaires aux dispensaires, aux services urbains d'isolement, aux sanatoriums—hospices; l'assistance publique en fera plus tard un département spécial de son domaine. — Mais je la crois bien plutôt disposée à appuyer toutes les bonnes volontés partout où elles se manifestent, et si de ce côté elle n'est pas plus active, c'est que les moyens seuls lui manquent.

(1) [illegible] *tuberculeux* [illegible] La Bourboule, [illegible]

(2) *Progrès médical*, 15 décembre 1900.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les autopsies dans les Hôpitaux.

Dans le dernier numéro de ce journal, un de nos rédacteurs (1), commentant une nouvelle du *Temps*, protestait contre le préjugé qui règne dans beaucoup de familles et chez les adeptes de certaines religions et les pousse à s'opposer à l'autopsie des leurs. Il s'agissait de gitanos qui, à Bordeaux, n'avaient pas craint d'enlever dans un hôpital le cadavre d'un de leurs parents, pour le soustraire à l'autopsie. Un nouvel incident, bien différent il est vrai, a mis de nouveau dans la grande presse la question des autopsies à l'ordre du jour. Voici d'ailleurs le fait, tel que le raconte le *Français*.

« Samedi dernier, nous annoncions que M. Hamard, sous-chef du service de la Sûreté, en vertu d'un mandat du parquet, avait procédé, au cimetière d'Ivry, à l'exhumation des restes d'un gardien de la paix du quinzième arrondissement, nommé Driout, qui, au mois de juillet de l'année dernière, avait été victime d'un accident de voiture sur le pont Mirabeau. Quelques mois après, le pauvre agent avait succombé à l'hôpital Necker, où on l'avait conduit. Le parquet avait désigné M. le Dr Socquet, médecin légiste, pour pratiquer l'autopsie du cadavre et établir ainsi si l'agent était réellement mort des suites de ses blessures. Mais quand, avant-hier, l'honorable médecin légiste voulut commencer, à la Morgue, son opération, il constata avec une stupeur bien naturelle, que tout examen sérieux des restes de l'infortuné sergent de ville avait été rendu impossible : la cervelle avait été remplacée par des exemplaires du journal *la Gaudriole* et des chansons de Bruant ; le crâne en était littéralement bourré. Les intestins avaient été enlevés ; la colonne vertébrale avait été sectionnée et la moelle épinière avait disparu. En revanche, le médecin trouva deux foies au lieu d'un. Dans ces conditions, et en présence de l'impossibilité matérielle où il se trouvait de pratiquer l'autopsie du corps, M. le Dr Socquet a adressé un rapport au Parquet, qui est résolu à ordonner une enquête sur les mutilations odieuses dont ce cadavre a été l'objet, sans doute dans l'amphithéâtre de l'hôpital Necker, et sur les plaisanteries aussi grossières qu'inconvenantes qui ont suivi la première autopsie. Ah! on ne s'embête pas dans les hôpitaux (2)! »

Il est évident, pour quiconque connaît un peu le service des amphithéâtres de nos hopitaux, qu'il ne s'agit pas là d'une plaisanterie aussi macabre que déplacée; Il est certain que le garçon d'amphithéâtre a agi sans intention coupable. Dans la précipitation qu'il a mise à faire la toilette du corps qui venait d'etre autopsié, il a, selon l'habitude, bourré de papiers qu'il avait sous la main la cavité cranienne dont le cerveau avait été

(1) *Progrès médical*, 2 février 1901, n° 5, page 81, à *propos des autopsies* par le Dr F[illegible].

(2) Certains journaux, et le *Français* est de ce nombre, ont prétendu que cet incident s'était produit à l'hopital Necker, renseignements pris à bonne source, c'est à l'hopital Saint-Antoine que le fait a eu lieu.

enlevé, sans se préoccuper de leur origine. Doit-on maintenant en conclure qu'il est nécessaire de restreindre la pratique des autopsies dans les hôpitaux, ou de les soumettre à un tel luxe de formalités administratives qu'on les rende de ce fait fort difficiles, trop tardives et partant inutiles ? Dans une lettre adressée au *Temps*, M. le Dr Legendre a répondu comme il le fallait à ces prétentions. L'autopsie est indispensable au développement de la science médicale et, pour qu'elle soit utile, il la faut complète. Bichat, Laënnec, Bouillaud auraient-ils jamais pu établir, sans autopsies, leurs merveilleux travaux pathologiques ? Et sans l'examen histologique minutieux du système nerveux peu après la mort, les neuro-pathologistes auraient-ils pu jamais jeter quelques clartés dans l'écheveau touffu des maladies nerveuses et mentales? La bactériologie, loin de rendre l'autopsie inutile, l'exige plus prompte et plus soigneuse. D'ailleurs, la défense de l'anatomie pathologique n'est plus à faire devant des médecins, et il serait fastidieux de la recommencer dans les colonnes de ce journal.

Nous devons regretter que l'installation primitive des salles des morts et des amphithéâtres de nos hôpitaux ne permette pas de pratiquer les nécropsies avec plus de décence et plus de soin ; que la situation matérielle des garçons d'amphithéâtres et de leurs aides ne soit pas suffisante pour permettre un recrutement meilleur de ce personnel à qui incombe une tâche dangereuse, très souvent répugnante et toujours délicate.

Les accidents du genre de celui de Saint-Antoine sont une rare exception et l'on ne saurait trop regretter qu'on les donne en pâture à la presse, et qu'on en émeuve, en les généralisant, l'opinion publique. Dans l'intérêt de la science médicale, intérêt qui se confond avec celui des malades, il serait au contraire utile de chasser de l'esprit public le préjugé qui porte à considérer l'autopsie comme une profanation. On devrait insister sur les avantages que peut en retirer la famille du défunt ; on devrait noter que souvent les hommes illustres, les monarques, les papes mêmes y sont soumis, que cette opération n'a donc rien de dégradant pour le commun des mortels. Loin de mettre des entraves aux autopsies, on devrait encourager les chefs de service à les faire et à en enseigner la pratique à leurs élèves.

Dans un *Manuel* (1) qui, bien qu'un peu ancien, n'a rien perdu de sa valeur, MM. Bourneville et Bricon ont fait une soigneuse enquete sur la pratique des autopsies en France et à l'étranger, l'organisation des services d'autopsies et leur enseignement. A cette époque (1885), Paris et la France étaient loin de tenir le premier rang ; hélas ! nous doutons que les progrès aient été bien considérables depuis, malgré la propagande de ce journal et de son rédacteur en chef, les constants efforts et l'enseignement pratique de M. le Pr V. Cornil à l'Hotel-Dieu.

Il n'est donc guère opportun de limiter encore le nombre des autopsies par des campagnes de presse ou par une réglementation draconienne. Mais ce qui ne nous a pas peu surpris, c'est de lire dans le *Temps*, à la suite de la lettre du Dr Legendre, qu'une des raisons qui porterait à limiter les autopsies viendrait de la Faculté de Médecine elle-même.

On s'y plaindrait de recevoir trop souvent des cadavres mutilés, impropres à toutes les études anatomiques. Nous désapprouvons certainement les mutilations inutiles. Quelques recommandations des chefs de service à leurs élèves et une observation de l'administration au garçon d'amphithéâtre suffiraient évidemment à empêcher de les produire. Un seul enseignement anatomique peut être réellement gêné par les autopsies, c'est celui de la splanchnologie ; et, si la Faculté a le sérieux souci de l'instruction anatomique de ses élèves, elle n'a qu'à engager les médecins et chirurgiens des hopitaux à organiser dans les amphithéâtres l'enseignement de la splanchnologie et de l'anatomie pathologique, comme elle a tenté d'organiser l'enseignement clinique. Aucun intérêt scientifique ne sera sacrifié, et les élèves studieux y trouveront leur compte.

J. Noir.

(1) *Manuel de technique des autopsies*, par Bourneville et P. Bricon. Librairie du *Progrès Médical*, 1885.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 janvier 1901. — Présidence de M. le Dr Netter.

Influence des lésions de l'appareil auditif sur le vertige voltaïque.

M. Babinski. — En appliquant les électrodes d'un appareil voltaïque sur les apophyses mastoïdes d'un sujet, celui-ci éprouve à la fermeture du courant du vertige une inclination latérale du côté du pôle positif, c'est *le vertige voltaïque*. Cette inclination est plus nette chez l'individu jeune, et apparaît avec de très faibles courants. Les lésions de l'appareil auditif modifient considérablement ce vertige voltaïque. Chez deux malades atteints de surdité bilatérale complète, l'un tabetique avec lésion des nerfs acoustiques, l'autre avec double sclérose labyrinthique, il faut employer chez le premier des courants intenses pour provoquer un mouvement, et l'inclination n'est plus latérale ; elle se fait en arrière : dans le deuxième cas pas d'inclination. Quand la lésion de l'oreille est unilatérale, l'inclination a lieu non au pôle positif, mais du côté de la lésion où elle y prédomine, elle est plus ou moins prononcée, mais non en rapport avec l'intensite de la lesion ; si la lesion predomine d'un côté, l'inclination ne se fait pas exclusivement de ce côté. Ce vertige est, pour quelques auteurs, lié a l'excitation électrique du labyrinthe ; d'autres à l'excitation directe des centres nerveux ; les observations de M. Babinski plaident en faveur de la première hypothese. Cette expérimentation peut aussi déceler des lésions musculaires meconnues jusqu'alors.

Mécanisme des diastases.

MM. Camus et Hanriot montrent que le sérum des animaux à sang froid, contenant de la lipase et chauffé de 35 à 40° gardait les mêmes propriétés diastasiques.

M. Hanriot a fait agir différents acides sur des sérums contenant de la lipase ; le ferment paraît avoir perdu toute activité pendant quelque temps, mais le reconquiert ; il semble qu'il y ait un composé chimique de l'acide et du ferment qui se dedouble ultérieurement.

Altération rénale par intoxication du venin de scorpion.

M. Launay. — Des rats, souris, grenouilles, nouveaux inoculés avec le venin du *Certhus occitonus* ont montré dans

les cas d'intoxication aiguë une glomérulite grave et des hémorragies, de la vaccuolisation du réticulum cytoplasmique des cellules dans les subuli contorts, de la chromatolyse et de la cariolyse. Les éléments histologiques subissent donc par ce venin une modification très rapide.

Phagocytose du bacille d'Éberth.

M. Mayet (de Lyon) emploie sa méthode du vésicatoire pour obtenir une sérosité riche en leucocytes aptes à la phagocytose en appliquant le vesicatoire vingt heures sur un sujet jeune et sain.

M. Vigdell Axelos a fait des études microscopiques sur trente-cinq malades atteints d'asthme des foins; il a retrouvé un micrococcus sporadiquement enfermé dans le liquide visqueux du nez; on le retrouve dans le sang des malades.

Séance du 2 février 1901. — Présidence de M. le Dr Netter.

Chelifer cancroïde.

M. Artault (de Vevey). — Dans des cas de pédiculose grave chez des enfants malpropres, M. Artault a trouvé deux fois à la campagne, une fois à Paris, le *chelifer cancroïde* dans les croûtes impétigineuses grouillantes de poux. Le cancroïde est carnivore et se nourrit d'acariens et de petits insectes qu'il cherche parmi les ordures et les vieilles poussières des vieux meubles; l'auteur attribue à l'inextricable taillis de chevelure, la pullulation du chelifer qui y trouve une nourriture abondante.

Stomatite érucique.

M. Artault (de Vevey) étudie une forme d'inflammation de la muqueuse buccale (lèvres, joues, gencives, palais) provoquée par l'ingestion de fruits qui se sont trouvés en contact de nids de Liparis chrysorrhœa et qui sont saupoudrés de poils et de sécrétions desséchées de chenilles et de papillons.

Cette stomatite est caractérisée par des plaques saillantes, tuméfiant les lèvres, les gencives ou les joues avec un pointillé de petites taches rouges, du volume d'une tête d'épingle; les plus grosses s'ulcèrent et ressemblent à des apthes, mais elles sont presque indolores et ne gênent pas la mastication. Leur durée est de quatre à cinq jours, la muqueuse se desquame et les ulcérations s'effacent sans laisser de traces. Il n'y a pas de symptômes généraux ni de ganglions. Cette stomatite est fréquente chez les enfants qui mangent les fruits non pelés : cerises et groseilles. Cette maladie érucique cède aux badigeonnages à la teinture de myrtille répétés trois ou quatre fois.

Taux de l'urée.

M. Levens. — Chez les enfants sains, le taux de l'urée peut subir des modifications notables, avec le même régime alimentaire. Les mêmes variations ont été constatées chez les adultes sains, avec la même alimentation, le même travail intellectuel et physique.

Capacité respiratoire du fœtus.

M. Nicloux. — Chez le fœtus et le nouveau-né, le chiffre de capacité est à peu près constant, tandis que les autres organes augmentent rapidement, la capacité de fixation d'oxygène du sang reste à peu près constante.

M. Janselme décrit le parasite du *tékélan*. Cette dermatose est due à un parasite voisin de l'aspergillus et du géni[illegible]erum.

MM. Acharn et Gailhard étudient la caséinurie dans l'état normal et dans l'albuminurie. E. P.

Hôpital Lariboisière. — M. le Dr G. Luys vient d'être désigné comme assistant du Dr Hartmann, chef du nouveau service (Civiale).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 janvier.

Les tractions rhytmées de la langue.

M. Pinard reconnait l'excellent résultat de ces tractions dans l'asphyxie des nouveau-nés. Mais le tube laryngien, seul moyen d'enlever le mucus trachéal, est égalment indispensable.

Election d'un secrétaire perpétuel.

C'est le grand événement de la séance; un triomphe pour le Pr Jaccoud, élu par 90 voix sur 94 votants, M. Jaccoud remercie dans un discours merveilleux prononcé avec son éloquence ordinaire.

L'anesthésie médullaire.

M. Porak a employé les injections de cocaine dans l'accouchement normal avec un succès médiocre, il croit que le résultat serait meilleur dans les observations obstétricales.

M. Reclus montre qu'on peut très utilement stériliser la solution de cocaine à 126°.

M. Tuffier a obtenu de très bons résultats, sauf chez les enfants et les hystériques. Dans les opérations intrapéritonéales, les nausées, produites souvent par la cocaïne, peuvent gêner beaucoup.

Séance du 5 février.

Pathogénie de l'hydrocèle chronique.

MM. Peyrot et Milian concluent d'une série d'observations intéressantes : a) L'hydrocèle est causée par une vaginalite chronique, « plaques laiteuses de la vaginale » ; b) Cette vaginalite est primitive et non subordonnée à une lésion testiculaire ou épididymaire; c) C'est une périviscérite, au même titre que les lésions chroniques du péricarde, de la plèvre, du péritoine, avec qui elles coexistent ordinairement; d) Dès lors, l'étiologie de l'hydrocèle chronique se confond avec celles de ces périviscérites; la tuberculose ne paraît pas être en cause ici, tandis que l'artério-sclérose, les cardiopathies, le mal de Bright s'observent fréquemment. Il est vrai qu'il n'y a probablement pas subordination de l'une aux autres, mais plutôt coexistence, tenant à une cause commune antérieure : infections générales, bénignes ou graves, ayant laissé dans l'ensemble du système séreux des reliquats d'inflammation chronique.

Quatre cas de guérison de gliome de la rétine.

M. Lagrange (de Bordeaux) rapporte quatre cas de guérison de cette grave affection obtenus par une intervention précoce.

Variole et vaccin.

M. Hervieux montre la fréquence relative des récidives de variole.

MM. Colin, Empis, Kelsch protestent contre l'accusation d'inefficacité portée contre le vaccin de l'Académie.

M. Du Castel montre la difficulté des statistiques. Faut-il ou non, comme succès, compter les vaccinoïdes?

M. Laborde croit à des défectuosités, au moins momentanées, dans la préparation du vaccin.

Le tube laryngien dans l'asphyxie du nouveau-né.

Tandis que MM. Pinard et Budin croient ce tube indispensable en cas de mucosités adhérentes, M. Laborde croit les tractions rythmées de la langue suffisantes à elles seules, même en pareil cas.

Le diabète dyspeptique.

M. Robin dans une communication très importante décrit ce diabète, dont voici les caractères: 1° Glycosurie temporaire mixte existant seulement dans l'urine de la digestion, manquant dans l'urine du jeûne, s'accompagnant fréquemment d'albuminurie transitoire et toujours d'une

exagération des échanges nutritifs généraux, azotés et nerveux. Cette glycosurie s'observe chez un dyspeptique dont l'appétit est conservé ou exagéré, l'estomac distendu et clapotant, le foie gros et plus ou moins sensible à la percussion, le chimisme stomacal en état d'hyperchlorhydrie. Elle reconnait, comme symptômes accessoires et dépendants de la dyspepsie causale, la neurasthénie, les vertiges, les émissions laiteuses phosphatiques, les dermatoses, les troubles cardiaques, les sueurs profuses, etc. Cet ensemble est assez caractéristique pour fixer le diagnostic, rapporter la glycosurie à sa véritable cause, et par conséquent lui imposer avec certitude le traitement qui lui convient: 2° La glycosurie dyspeptique constitue, dans l'ordre des glycosuries, une espèce à part, différant totalement des glycosuries alimentaires ordinaires, du diabète fruste, dont l'existence, d'ailleurs, n'est rien moins que démontrée. Elles est le résultat d'actes d'excitation, tandis que les autres sont des actes d'insuffisance. A ce titre, elle est, pour ainsi dire, *la préface du diabète*. Dans la glycosurie dyspeptique, en effet, la fonction hépatique et spécialement la fonction glycogénique ne sont excitées qu'à certains moments; il ne s'agit, d'abord, que d'un retentissement local, mais qui peut, à la longue, mettre en branle le système nerveux et créer le diabète vrai, c'est-à-dire l'excitation continue; 3° Les cas simples de glycosurie dyspeptique relèvent uniquement du traitement de la dyspepsie hypersthénique causale; 4° Les cas les plus sévères relèvent du régime lacté absolu. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er février 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Ostéo-arthropathies d'origine pneumonique.

MM. Boulloche et Rendu présentent un enfant de 11 ans qui fut, à l'âge de 4 ans, atteint de pleuro-pneumonie à la suite de cette affection; les mains et les pieds de l'enfant s'hypertrophièrent ainsi que les poignets et les genoux. L'enfant cependant, n'est pas acromégalique. L'hypertrophie de la main porte spécialement sur l'extrémité des doigts renflés en baguettes de tambour. Le siège de l'hypertrophie n'est pas dans les parties molles, mais dans les os même, comme le démontre la radiographie.

Angine à bacilles fusiformes.

M. Vincent a observé des angines à bacilles fusiformes, affectant l'aspect diphtéroïde. Dans certains cas où le sujet était débilité et où le bacille fusiforme était associé à un spirille, l'angine mal soignée persista plusieurs semaines et même plusieurs mois. M. Vincent préconise comme traitement les badigeonnages de teinture d'iode.

La fièvre typhoïde dans les hôpitaux.

M. Troisier signale un cas de fièvre typhoïde survenu dans son service chez une malade atteinte de dilatation de l'estomac. Il attribue la maladie à l'eau de l'hôpital, cependant filtrée, qui servait à pratiquer des lavages de l'estomac.

M. Letulle a observé sept cas de fièvre typhoïde contractés à l'hôpital Boucicaut, deux de ces cas étaient dus à la contagion directe.

Méningite cérébro-spinale grippale.

M. Rendu, à la suite d'une grippe qui avait déterminé des lésions dans le nez et le pharynx, a observé chez un enfant de cinq ans une méningite cérébro-spinale qui fut suivie de signes de paralysie infantile et d'abolition des réflexes rotuliens. Il la traita par la ponction lombaire, les bains chauds et la révulsion. L'examen bactériologique du liquide de la ponction ne permit pas de constater de microbes.

M. Comby ne croit pas que l'observation de M. Rendu soit une méningite si le liquide a été stérile. Il pense que le malade était atteint de polynévrites ou de méningisme grippal.

M. Lermoyez a soigné plusieurs cas de méningite cérébro-spinale consécutive à des rhinites et des otites grippales.

J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 février 1901. — Présidence de M. Reclus.

De la mobilité de l'œil artificiel.

M. Lagrange (de Bordeaux), après quelques remarques sur la difficulté de maintenir immobile l'œil artificiel dans la cavité orbitaire trop grande, introduit dans la capsule de Tenon un œil de lapin qu'il enfouit dans cette capsule en la fermant au devant et ramenant à ce niveau les muscles, deux à deux, et la conjonctive. Cet œil se greffe et il reste finalement un moignon qui remplit la cavité, facilitant ultérieurement la prothèse.

M. Delens demande à M. Lagrange si le moignon possède une mobilité, grâce aux muscles qui sont au devant, et donne ainsi à l'œil artificiel une mobilité en rapport à celle de l'œil opposé.

M. Lagrange répond qu'il existe en effet une mobilité relative.

Plaies de poitrine.

M. Peyrot fait un rapport sur une observation de M. Gérard (Toulon) concernant une plaie de poitrine, dans le septième espace gauche et laissant sortir l'épiploon. M. Gérard endort le malade, resèque la huitième côte, relève l'épiploon, le resèque et le réduit, suture la plèvre diaphragmatique à la plèvre costale pour fermer la plèvre et couvrir les viscères abdominaux et enfin suture le diaphragme; le malade guérit et quitte l'hôpital au bout d'un mois.

L'observation est fort intéressante et M. Peyrot, pense que M. Gérard, s'en est fort bien tiré.

Traitement chirurgical des gangrènes diabétiques.

M. Bégouin fait une communication au nom de M. Démons et au sien au sujet de l'amputation dans la gangrène spontanée des diabétiques.

M. Schwartz a pratiqué récemment une amputation de jambe au lieu d'élection pour gangrène du pied; il n'y eut pas une goutte de sang et cependant la guérison fut complète par première intention: L'année suivante une nouvelle amputation de cuisse cette fois-ci, chez le même malade, fut suivie de mort le lendemain. Dans deux autres cas, les malades guérirent; M. Schwartz est donc partisan de la gangrène précoce.

M. Guinard a opéré également une gangrène diabétique d'amputation de cuisse; M. Guinard a procédé au cathétérisme des artères ce qui amena une hémorragie, et alors seulement il fit la ligature du vaisseau; il y eut réunion par première intention. M. Guinard à employé ce cathétérisme deux fois.

M. Reynier est tout à fait de l'avis de M. Démons; il a pratiqué deux fois l'amputation précoce.

M. Lejars pense qu'il peut distinguer la gangrène par athérome chez les diabétiques et la vraie gangrène diabétique, humide, laquelle est toujours de mauvais pronostic, tandis que la première peut parfaitement guérir par une amputation haute, comme M. Lejars l'a montré déjà en 1889.

M. Poirier est absolument opposé au cathétérisme des artères et il vaut mieux, d'après lui, faire l'amputation au point où existent des pulsations.

M. Reclus fait remarquer que la plupart des chirurgiens sont d'accord sur le fait de M. Démons, à savoir qu'une gangrène qui n'a point tendance à se limiter, réclame l'intervention.

Quant au cathétérisme des artères, c'est M. Séveranu qui, le premier, l'a pratiquée. M. Reclus n'y a pas eu recours et un de ses malades a parfaitement guéri, alors que les artères étaient absolument oblitérées. Schwartz.

Le Banquet de la Société Médicale des bureaux de bienfaisance de Paris a eu lieu le mercredi 6 février, au restaurant Durand, sous la présidence de M. le Dr Barbillon, président de la Société.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 janvier 1901.

Application de la photothérapie au traitement du lupus érythémateux.

M. Leredde a employé à son établissement dermatologique la méthode de Finsen, qui consiste, comme on le sait, à utiliser la lumière produite par les rayons concentrés du spectre. Cette méthode, qui a permis à Finsen d'obtenir la guérison presque complète du lupus tuberculeux, puisque sur 600 malades soumis à ce traitement il n'aurait eu que 3 0/0 d'insuccès, a égalemen donné à M. Leredde d'excellents résultats, d'autant plus remarquables que dans la plupart des cas traités il s'agissait de lupus érythémateux, forme souvent plus rebelle que le lupus vulgaire. Les malades qu'il a eu à traiter par la photothérapie avaient été soignés antérieurement par tous les procédés connus sans aucun résultat (pointes galvanocaustiques, scarifications, applications d'emplâtres et de caustiques, courants de haute fréquence).

La statistique de M. Leredde porte sur onze malades : sur ce nombre, trois sont actuellement guéris, deux sont très améliorés; six sont encore en traitement. Sur ceux-ci, quatre se sont très modifiés et guériront à peu complètement, deux seulement restent réfractaires. D'aussi heureux résultats obtenus après l'échec des traitements subis antérieurement semblent bien démontrer que la méthode de Finsen réalise un progrès considérable dans le traitement du lupus érythémateux.

P. Rellay.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance de janvier 1901.

Ulcérations superficielles pendant la vie intra-utérine ou le travail.

M. Macé. — Il s'agit d'un enfant qui a présenté à la naissance une plaie de la partie postérieure de la fesse droite. Cette plaie présentait trois zones : l'une périphérique rouge; la deuxième, moyenne, de teinte feuille morte; la troisième, centrale, noire violette, mais surtout noire. C'est donc une plaque de sphacède, une véritable escarre. M. Macé a observé il y a quelques mois dans le service un autre enfant dont les deux avant-bras présentaient des plaies superficielles en voie de cicatrisation.

Dystocie par kyste hydatique du petit bassin.

MM. Boissard et Coudert rapportent une observation ayant trait à une jeune femme qui, à dix-huit ans, en 1850, avait été opérée par M. Richelot d'un kyste hydatique du foie. Elle ne vit apparaître ses premières règles qu'un an après cette opération. Etant devenue enceinte à ce moment, elle accoucha difficilement à vingt ans (forceps, enfant vivant). Lors de sa deuxième grossesse on constate dans l'excavation une tumeur volumineuse immobile, enclavée, occupant presque tout le petit bassin mais indépendant de l'utérus. Une ponction capillaire faite dans cette tumeur donne issue à une petite quantité de liquide. On fait alors l'effondrement du cul-de-sac postérieur; ce qui permet l'écoulement de vésicules; la tumeur s'affaisse. Extraction difficile d'un fœtus de 2,250 grammes qui meurt le lendemain. Quant la malade part en parfait état, le treizieme jour, on sent une tumeur volumineuse rejetant l'utérus à droite. Cette femme étant enceinte pour la troisième fois, arrivé à Tenon le 17 août 1899, ayant les membranes rompues; sa grosesse est de six mois. Dans le cul de-sac postérieur on sent une énorme masse très résistante qui repousse le col. Une ponction, faite au trocart, donne issue à 100 grammes environ de pus. Cette poche ayant eté largement ouverte, on voit s'echapper 100 grammes de pus, et un tres grand nombre de vesicules. La tumeur ayant été décortiquée partiellement, on fait un grand lavage, suture de la tranche vaginale à la paroi du kyste; drainage, guérison. Ce fait présente ceci de particulier, c'est qu'il s'agit évidemment d'un ensemencement dans le péritoine du premier kyste hydatique du foie.

Résultats et manuel opératoire dans cinq opérations césariennes.

M. Fournier (d'Amiens) a pratiqué cinq fois l'opération césarienne sur des femmes ayant des rétrécissements du bassin, variant de 7 cent. 5 à 8 cent. 5, l'antéversion était énorme. Il a opéré sur des femmes près du terme, mais non en travail. Son manuel opératoire présente ceci de particulier c'est que : 1° L'hémostase est facilitée par le pincement des ligaments larges au niveau du pédicule vasculaire, pincement pratiqué par un aide; 2° pour être sûr de ne pas laisser couler dans le péritoine du liquide amniotique, M. Fournier décolle l'œuf de la paroi utérine avec le plat de la main et l'extrémité des doigts et enlève ensuite l'œuf en bloc moins d'une minute après l'incision utérine.

Un cas d'ectopie pharyngée de la langue.

MM. Fabre et Polosson (de Lyon). — Il s'agit d'un enfant qui mourut d'asphyxie, quelques heures après sa naissance, par bascule de l'épiglotte en arrière. On trouva une atrophie considérable du maxillaire inférieur, et, en ouvrant la bouche, on constata que la langue ne dépassait pas l'isthme du gosier, division de la voûte palatine avec lèvres intactes. M. Fabre montre des figures qui établissent que la langue, refoulée en arrière, comprimait fortement l'orifice de larynx. Cette anomalie, très rare, se termine toujours par la mort. Dans un cas cependant, on a pu faire vivre un enfant en incisant la muqueuse du plancher de la bouche, tout autour de la langue, qui put ainsi être attirée au dehors.

M. Budin a observé un fait du même genre en ville. L'enfant ne put pas têter, son menton était très en arrière.

Gangrène pleuro-pulmonaire à la suite d'infection utérine par rétention des lochies.

M. Jeannin. — Il s'agit d'une primipare de 20 ans ayant une bonne santé antérieure, qui a accouché à la Charité d'un enfant vivant et à terme. Tout s'était passé très normalement, lorsque le troisième jour la fièvre éclata, on pratiqua le curage de l'utérus. Les symptômes locaux parurent s'amender, surtout quand on fit le redressement de l'antéversion, très prononcée, qui gênait l'écoulement lochial. Cependant la fièvre persista et, le septième jour, la malade se plaignit d'un violent point de côté à la base du poumon gauche. Ce fut le symptôme initial d'une pleurésie putride qui emporta la malade le vingt et unième jour. L'examen du liquide utérin et pleuro-pulmonaire démontra l'existence de nombreux germes anaérobies, mais pas d'aérobies. Il s'agit donc bien là d'une infection gangréneuse à point de départ utérin. Etant données les conditions dans lesquelles s'effectua l'accouchement, tout porte à croire qu'il y a eu auto-infection ascendante.

Présentation de pièces d'anomalies des gros vaisseaux de la base du cœur et de malformations multiples chez un enfant.

M. Audion. — Il s'agit d'un enfant qui naquit avec un large méningocèle et des mains botes, avec absence congénitale du radius, ainsi que le démontra la radiographie. Cet enfant étant mort on constata, de plus, un grand nombre d'anomalies viscerales.

Présentation de radiographies de deux œufs humains contenus dans l'utérus provenant de femmes mortes pendant la grossesse.

M. Bouchacourt. — Ces clichés présentent surtout de l'interet par leur examen comparatif : car, alors que les masses constituées par ces utérus gravides étaient à peu près d'égal volume, les fœtus qu'elles contenaient était de dimensions très inégales et étaient dans une attitude très différente (sommet tres flechi, siège décomplet, mode des fesses avec flexion très legère).

On risque donc, en faisant le diagnostic de l'âge de la grossesse par le volume de l'uterus, de se tromper notablement.

Recherches sur la cryoscopie du liquide amniotique.

M. G. Keim. — La cryoscopie du liquide amniotique a été peu étudiee ; seul, J. Veit a fait quelques recherches sur les

échanges osmotiques entre la mère et le fœtus. M. Keim a fait comparativement la cryoscopie du liquide amniotique, celle du sang de la mère et du fœtus et de leurs urines. Chez la femme à terme, Δ du sang maternel est abaissé et en moyenne = — 0,507 ; Δ du sang fœtal = — 0,52 1. Ces résultats confirment les recherches chimiques qui ont démontré la dilution du sang maternel à la fin de la grossesse. Les urines de la mère ont Δ moyen = — 2,035 (peut-être en frappant avec l'excès des chlorures), celles du fœtus — 0,22. Enfin, le liquide amniotique à Δ qui oscille entre — 0,424 et — 0,51, en moyenne — 0,477. Il est donc hypotonique par rapport au sérum sanguin de la mère et à celui du fœtus. Il est vraisemblable, qu'à terme, le liquide amniotique est résorbé comme l'expérimentation l'avait déjà indiqué (Gusseron, Bar.) S'il a, vis-à-vis du fœtus, le rôle d'un liquide conservateur des éléments cellulaires, ce rôle est seulement indirect. Passant en effet, ainsi que l'a montré Brugmans, dans les lymphatiques cutanés du fœtus, le liquide amniotique rend au sang du fœtus les parties aqueuses qui lui manquent et favorise par là même les échanges fœto-maternels au terme de la grossesse. Il est, d'ailleurs, préparé à ce rôle, par sa composition, puisque, normalement, à terme, il contient 5 à 6 grammes de Nacl, substance, on le sait, la plus diffusible. Dans un travail prochain, M. Keim montrera si ces résultats sont applicables au fœtus avant terme, ainsi qu'au fœtus mort, macéré ou issu d'une mère éclamptique, il rapportera également ses recherches sur le diagnostic cryoscopique entre l'hydrorrhée déciduale et l'hydrorrhée amniotique.

H. C.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Rédacteur spécial : M. le Dr KOENIG (de Paris).

I. — **Les œuvres de Pierre-François-Bénézet Pamard, chirurgien et oculiste 1728-1793**; éditées pour la première fois d'après ses manuscrits par son arrière petit-fils le Dr Alfred Pamard (d'Avignon) associé national de l'Académie de médecine, et le Dr Pansier. (Paris, Masson, éditeur, 1900).

I. — On lira avec un grand intérêt ce fort bel ouvrage que M. Alfred Pamard vient d'édifier à la mémoire de son arrière-grand-père. Petit-fils et fils de chirurgiens très connus à leur époque, Pierre-Bénézet Pamard, héritait des titres de noblesse médicale auxquels il donna un grand éclat.

La première partie de ce livre est une notice biographique et bibliographique due à la plume habile de M. le Dr Pansier; la seconde qui contient la publication des principaux mémoires et œuvres chirurgicales de Pierre-Bénézet Pamard, par le Dr Pamard, notre contemporain. Viennent ensuite de nombreuses pièces justificatives établissant les titres du célèbre oculiste et les principaux actes de sa vie publique et privée. Ce fut un contemporain de Daviel. Bien que le nom de Pamard soit attaché à l'histoire de la cataracte, ses travaux voient le jour plus d'un siècle après la mort de leur auteur. C'est, en même temps qu'un œuvre de piété filiale très touchante, une étude d'un grand intérêt historique. Pierre-Bénézet Pamard acquit une grande renommée à Avignon, où il exerça brillamment son art de 1748 à 1793. Il fut membre correspondant de l'Académie royale de médecine en 1784. En ce qui concerne l'opération de la cataracte, on trouve dans la méthode de Pamard quatre innovations importantes : 1° la situation du malade; il opère le malade couché et a été le premier à recommander cette situation ; 2° la fixation de la cornée par le trellis dit *pique de Pamard*, implanté dans la cornée à deux millimètres du bord scléral; 3° son couteau triangulaire ; 4° la kératotomie supérieure.

On connaît la pique de Pamard ; son utilité est encore incontestable. Elle devait rendre l'œil fixe. Le kératotome était une lame de deux lignes et demie avec un dos mousse dont le but était d'éviter la blessure de l'iris. A noter que Pamard pratiqua l'extraction de la cataracte secondaire bien avant Jouin et Pellier de Quengsy On pourra lire dans l'ouvrage les détails intéressants concernant l'invention et l'application du perfectionnement que Pamard introduisit dans la technique opératoire de la cataracte.

Les auteurs nous le montrent faisant la guerre au charlatanisme et aux charlatans très nombreux à cette époque dans les monastères. « On ne se persuade pas, écrit il, combien le froc donnait de célébrité à ces singes de l'art, n'était-il pas humiliant, pour les artistes les plus distingués, d'avoir à lutter contre cette frocaille? » Il pourchasse également les oculistes ambulants dont il étale les méfaits. Pamard s'occupe beaucoup de l'état général de ses futurs opérés et leur fait subir une sorte de *préparation* hygiénique qui empêche la *suppuration*.

Pour lui, la goutte, la pierre et la cataracte sont « cousines germaines » et temporise le plus possible avant d'opérer dans le seul but d'améliorer la constitution du malade. Ses études sur le strabisme sont intéressantes ; il distingue le strabisme convergent (congénital) et le strabisme divergent (accidentel); la cause de la déviation est pour lui une inégalité dans la force des muscles. Le strabisme est idiopathique et symptomatique.

P. Bénézet Pamard ne borna pas ses travaux au champ assez limité de l'oculistique; il acquit une très grande habileté dans l'opération de la taille et sa réputation s'étendit au loin. Ses mémoires et ses observations sur la chirurgie et l'anatomie sont nombreux.

Les auteurs nous montrent ensuite B. Pamard poète et littérateur. Il fut même bon peintre à ses heures. Il a laissé un nombre considérable de vers. Quelques-unes de ses pièces ont un cachet d'originalité qui en rend la lecture agréable. Son œuvre littéraire permet de mieux connaître l'homme ; dans sa vie comme dans ses travaux scientifiques il a toujours eu le même scrupule pour la recherche de la vérité.

B. Pamard laissa un fils, J.-B. Antoine qui lui succéda et fut pendant vingt ans professeur d'anatomie, et devint chevalier de la légion d'honneur en 1815. Il a laissé plusieurs mémoires importants sur la chirurgie et l'oculistique. Parmi ses œuvres il convient de citer l'*éloge de M. Pamard* ; c'est un beau discours académique, hommage de piété filiale à la mémoire de son père.

J.-B. Antoine fut le premier à user des mydriatiques avant la cataracte. Son fils, Paul Antoine, écrivit sa thèse sur la cataracte; il y publie une statistique des opérations de son père. Paul-Antoine Pamard pratiqua l'oculistique et la chirurgie de 1827 à 1862, époque à laquelle il fut nommé membre du corps législatif, et se démit de ses fonctions de chirurgien de l'hôpital en faveur de son fils, notre distingué confrère le Dr Alfred Pamard, ancien interne des hôpitaux de Paris. Telle est, forcement abrégée, cette intéressante étude historique. Il faut féliciter MM. A. Pamard et Pansier d'avoir voulu et si bien su faire revivre la noble figure de Pierre-Bénézet Pamard qui, à la même époque que Daviel, illustra la science ophtalmologique et la chirurgie. On la lira avec intérêt et émotion en rendant hommage à l'idée qui a guidé les auteurs. Pendant plusieurs générations les Pamard se succédèrent avec éclat dans l'exercice de la médecine et de la chirurgie ; un tel fait est rare, sinon unique, dans nos annales.

M. Alfred Pamard a noblement continué ces traditions.

II. — **Chirurgie oculaire** : par le Dr Albert Terson, ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté. Avec 120 figures dans le texte. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 1901.

II. — Dans son introduction, l'auteur fait justement remarquer que les progrès accomplis dans la partie chirurgicale de l'ophtalmologie ont été importants, et qu'ils sont l'œuvre du siècle qui finit.

Voici le plan qui a guidé M. Terson, et qu'il expose lui-même. Les indications thérapeutiques et les descriptions opératoires ont été mises en regard des régions correspondantes en suivant l'ordre anatomique.

Un programme d'exercices opératoires sur le cadavre complète l'ouvrage. Seules s'y trouvent les descriptions techniques, les indications et les origines des diverses opérations. L'auteur décrit les différents procédés opératoires, mais insistant sur les procédés de choix et les procédés de nécessité. Il faut lui savoir gré d'avoir fait comprendre l'inutilité d'une description de tous les procédés qui sont parfois si nombreux et si confus que le praticien ne sait auquel s'arrêter. On évite

aussi au lecteur l'embarras d'un choix difficile. Concision et clarté d'exposition sont les deux qualités de cet ouvrage. En réalité, il n'existe pas de traité complet de chirurgie oculaire. En ramenant les principaux chapitres de celle-ci aux limites d'un volume commode et illustré de nombreuses figures, M. Terson a rendu un réel service.

A signaler particulièrement les articles concernant la chirurgie des paupières : ectropion Blépharoplastie, où se trouvent bien décrits les procédés de choix ; celui de l'iris ; iridectomie et iridotomie. Dans le chapitre septième la chirurgie du cristallin est magistralement exposée. On y trouve des articles intéressants, tels que : l'évolution historique des méthodes opératoires de la cataracte ; les indications préalables et l'opportunité de l'intervention, la suppression du cristallin transparent pour la guérison de la myopie forte, les accidents opératoires et post-opératoires.

Après l'étude raisonnée des opérations qui se pratiquent sur les muscles de l'œil, M. Terson aborde l'orbite qui a été dans ces dernières années le terrain de remarquables progrès chirurgicaux. Nous citerons les méthodes d'investigation de l'orbite : orbitoscopie, radiographie ; les interventions exploratrices, les affections vasculaires, les tumeurs.

Toutes ces notions de technique opératoire étant exclusivement détaillées dans ce livre, celui-ci sera consulté par les chirurgiens et les spécialistes, avec la certitude d'en tirer le plus grand profit.

III. — Précis d'ophtalmologie journalière ; par MM. Puech et Fromaget, 32 figures dans le texte. (Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 1901.)

III — Les auteurs ont eu pour but de mettre à la disposition des étudiants et des praticiens un manuel pratique facile à consulter ; on y trouve décrits *le diagnostic et le traitement des affections oculaires les plus répandues.* Quelques chapitres entièrement nouveaux ont été ajoutés à leur premier livre. Ils insistent sur la différenciation de la conjonctivité subaiguë et sur la conjonctivité printanière.

Le glaucome hémorragique a été l'objet d'une étude approfondie.

Parmi les articles nouveaux, il faut citer le phlegmon de l'orbite, la ténonite, les paralysies des muscles des yeux. Trente-deux figures accompagnent le texte et le rendent plus compréhensible.

Les proportions de cet ouvrage et sa division méthodique et précise indiquent que MM. Puech et Fromaget ont atteint le but qu'ils se proposaient et nous recommandons leur livre aux étudiants et aux médecins praticiens.

IV. — Pathogénie de la stase papillaire dans les affections intra-craniennes; par le Dr Dupuy-Dutemps. Thèse, Paris. (Steinheil, éditeur, 1900.)

IV. — C'est dans le service de M. le Pr Raymond, à la Salpêtrière, que notre distingué confrère, le Dr Dupuy-Dutemps, élève et chef de clinique de M. le Dr Abadie, a puisé en majeure partie. les éléments qui lui ont servi de base pour la publication de cette excellente thèse. Aucun sujet ne pouvait être mieux choisi pour être traité avec plus de compétence. Partant de ce principe qu'une théorie pathogénique doit se fonder sur des faits anatomiques et physiologiques démontrés et s'appliquer à des faits sans être en contradiction avec aucun, l'auteur a cherché à préciser la physiologie pathologique de la stase papillaire dans les affections intra-craniennes. Il résume d'abord les données cliniques et anatomiques qui servent de base à cette étude. Puis il expose les résultats de ses recherches histologiques dans trois cas différents d'œdème papillaire. Dans le dernier chapitre, il expose la doctrine qui lui paraît devoir être adoptée. A la fin, se trouvent réunies les observations. Chacune d'elles montre un point particulier de l'évolution de la lésion oculaire dans le cours des affections intra-craniennes. Leur ensemble est l'histoire même de la stase papillaire. La théorie pathogénique, admise par M. Dupuy-Dutemps, se résume ainsi : *Stase veineuse de la papille* provoquée par la compression du tronc de la veine centrale et son passage à travers la gaine externe. La compression pouvant s'exercer, soit à la gaine par un épanchement qui la distend, soit à sa surface extérieure (par une tumeur, par exemple) et produisant alors un applatissement, un effacement de la cavité intervaginale. La stase veineuse amènerait ensuite par sa persistance des troubles de nutrition des fibres nerveuses de la papille qui aboutiraient plus ou moins rapidement à leur destruction et à la dégénérescence consécutive des nerfs.

D'ailleurs, nous ne pouvons mieux faire que de citer les conclusions précises de l'auteur :

1° L'œdème de la papille dans les affections intra-craniennes est produit par la stase veineuse ; il est d'origine mécanique, non inflammatoire et les termes de névrite et de papillite doivent être abandonnés.

2° Elle n'est jamais produite par la seule compression des fibres optiques, ni dans le crâne, ni dans l'orbite et n'a, par suite, aucune valeur pour déterminer le siège d'une lésion encéphalique.

3° Elle n'est pas due à une stase lymphatique, ni à la propagation de l'œdème central.

4° La stase papillaire se produit par compression de la veine centrale de la rétine au point où elle traverse la gaine durale ou dans un point voisin.

5° Dans les cas de tumeur centrale et dans des affections intra-craniennes, en général, c'est la pénétration du liquide céphalo-rachidien, *sous pression*, dans la gaine optique, et la distension consécutive de cette gaine qui provoquent la compression de la veine.

6° L'hypertension intra-cranienne fait-elle défaut, la stase papillaire ne se produit pas ; la communication normale entre la cavité inter-vaginale et le crâne est-elle oblitérée, malgré l'excès de tension intra-cranienne, la stase papillaire ne se produit pas.

7° La stase papillaire bilatérale, apparaissant en l'absence de toute cause de compression locale, intra-orbitaire, ne doit être considérée que comme un signe d'hpertension intra-cranienne. Elle n'a pas d'autre valeur séméiologique.

La théorie pathogénique exposée par M. Dupuy-Dutemps s'appuie sur des observations et sur des faits anatomiques ; elle est donc parfaitement rationnelle, mais nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que le terme de stase papillaire est bien peu expressif, en regard des grosses lésions qui atteignent les nerfs optiques.

La stase indique bien à l'origine un stade dans la symptomatologie, mais il ne suffit peut-être pas pour désigner l'ensemble des lésions ophtalmoscopiques. C'est d'abord une simple question de mots. La thèse de M. Dupuy-Dutemps sera consultée par tous ceux qui s'occupent de cette intéressante question ; ils y trouveront des documents importants qui contribuent à l'élucider.

V. — Précis de thérapeutique oculaire usuelle; par le Dr Bourgeois. (Paris. Octave Doin, éditeur. 1900.)

V. — M. Bourgeois a écrit cet opuscule dans le but d'être utile aux médecins praticiens, en leur permettant de prescrire un traitement dans les cas les plus usuels. Pour atteindre ce but, un manuel de ce genre doit rester un guide pratique et un formulaire. Il apprendra surtout au médecin la limite à laquelle son intervention doit s'arrêter, et où doit commencer le rôle de l'ophtalmologiste. On trouvera dans ce manuel un certain nombre de formules des plus usitées et des considérations pratiques.

[illegible] M. [illegible] l'[illegible] l'ex[illegible] à M. [illegible] pa[illegible] pr[illegible] sans savo[illegible] berg. K.

CENTENAIRE. — A Toulouse, le 30 novembre, ont eu lieu les obsèques de Mme veuve Caubet, décédée à l'âge de 105 ans. Née à Montauban, le 9 février 1795. Elle avait conservé toute sa lucidité d'esprit et est morte d'une chute.

THÉRAPEUTIQUE

L'hélénine et ses applications thérapeutiques

L'hélénine, corps solide cristallisé en prismes quadrangulaires incolores, insoluble dans l'alcool chaud, l'éther, les essences, le kérosolène, donne des résultats thérapeutiques remarquables bien mis en lumière par le Dr de Korab dans diverses communications, notamment à la Société de Biologie et à l'Académie des Sciences. Elle calme la toux, tarit l'expectoration, facilite la respiration, est douée d'un véritable pouvoir bactéricide. Elle a, en outre, une action préventive et curative sur l'hémoptysie, excite l'appétit, facilite la digestion. C'est, en somme, le médicament de choix des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire. On la prescrit sous la forme de *globules d'hélénine du Dr de Korab*, à la dose de 3 à 6 par jour.

BIBLIOGRAPHIE

Vade-mecum de thérapeutique chirurgicale des médecins praticiens; par le Dr Henri FISCHER. (L. Boyer, éditeur, 15, rue Racine, Paris. Prix : 4 fr. 50, 330 pages.)

Il existe, pour l'usage du médecin, un grand nombre de formulaires thérapeutiques qui, grâce à leur petit volume, sont d'un transport facile et ne quittent jamais le médecin praticien dans ses visites à la ville ou dans ses tournées à la campagne. L'utilité de ces formulaires est incontestable. Il n'est pas de jeunes médecins, il n'en est guère d'anciens dans la poche desquels on ne trouverait un de ces formulaires. Tous sont parfaitement munis pour la thérapeutique médicale. Ils ne le sont point ou le sont peu pour la thérapeutique chirurgicale. Ce n'est pas que les traités de chirurgie fassent défaut. Il en existe de nombreux et d'excellents, mais ils sont tous très volumineux et faits pour rester dans la bibliothèque.

Essayer de condenser sous un petit volume la thérapeutique chirurgicale courante est une louable initiative dont il faut féliciter le Dr Henri Fischer.

Avant les découvertes microbiennes, avant l'antisepsie, un grand nombre d'opérations chirurgicales, aujourd'hui courantes, présentaient de tels dangers que la plupart des praticiens renonçaient à intervenir. Le praticien étant surtout médecin, très peu chirurgien. Actuellement, il a le devoir d'être l'un et l'autre. S'il faillit à ce devoir, il portera la responsabilité d'un grand nombre de catastrophes, qu'il aurait pu éviter par une opération faite à temps.

On n'a pas toujours le loisir d'attendre l'arrivée d'un chirurgien spécialiste. Dans bien des cas, il faut intervenir sans délai. De la décision du chirurgien dépend la vie ou la mort du malade. Tout praticien, surtout celui qui se trouve éloigné des grands centres, doit être prêt à faire *bien* une *opération d'urgence*.

Il n'est pas nécessaire, pour faire bien, d'opérer avec la maëstria souvent nuisible de certains « grands chirurgiens ». La chirurgie courante est accessible à tous, et doit être mise à la portée de tous les praticiens, surtout de ceux qui n'ont pas auprès d'eux un chirurgien pour les remplacer.

M. le Dr Fischer, pénétré des idées que nous venons d'exprimer, a entrepris l'œuvre ingrate, mais fort utile, de réunir en un petit volume toutes les notions chirurgicales dont la connaissance est nécessaire à tout médecin qui veut exercer consciencieusement sa profession. P.

La goutte et le rhumatisme (Histoire des Maladies); par A. DELPEUCH. Un très beau volume in-8, toile. 700 p. Portraits et planches en noir et en couleurs hors texte. (Paris, Carré et Naud, 1900.)

Ce compte rendu, peut-être un peu tardif, d'un livre né depuis quelques mois, voudrait placer celui-ci plus haut encore que ne l'ont mis les unanimes éloges des notes et analyses déjà parues. Il s'agit bien, réellement d'une œuvre capitale dont je n'ose parler ici qu'après une seconde et attentive lecture; œuvre qui ouvre décidément une voie nouvelle à l'histoire de la médecine en lui donnant une forme plus lumineuse et une portée plus féconde. J'en appelle à ceux qui ont lu les Kurt-Spengel, les Suidas ou même des traités moins énormes, moins hérissés de documents et mieux capitonnés de philosophie, comme les Bordeu, les Guardia, etc. D'autres, il est vrai, ont été plus profonds et plus agréables, mais trop humanistes et peu médecins; Daremberg et surtout Littré, malgré le charme réel qui entoure leur substantielle précision, ne manquent-ils pas de cet esprit clinique, de cette vie médicale, qui aurait donné la perfection à leurs travaux? Laboulbène n'a pas cru devoir user de ces richesses acquises à la fois dans les lettres et dans la pratique, en s'imposant une méthode trop sèchement analytique; il s'est refusé d'échapper aux classifications ardues des doctrines pour modeler l'harmonieuse synthèse qui se dégage avec tant d'élégance de l'œuvre de M. Delpeuch. « Chaque maladie, nous dit ce dernier, devrait avoir son histoire particulière,... ouvrage de longue haleine », recueil judicieusement coordonné et commenté de tous les documents laissés par les siècles précédents ». Nous savons par lui quel discernement délicat doit présider au choix de ces documents, combien de lourds in-folio, combien de vastes manuscrits doivent être abandonnés après avoir été consciencieusement lus. Nous savons par son livre quel prodigieux labeur et quelle somme de connaissances philologiques et paléographiques, aussi bien que médicales et cliniques exige cette recherche de textes, quand on veut comme lui les *avoir* tous vus. Aussi peut-on déclarer que M. Delpeuch a réalisé beaucoup plus que cette « histoire particulière », même de longue haleine, que nous promet sa préface. Il nous conduit dans la médecine à travers les âges en prenant la goutte comme fil conducteur, comme base de critique, il trace ainsi une route sûre autour de laquelle se rangent les plus suggestives situations de l'évolution de notre art avec les figures animées de nos devanciers de toutes les époques. Vraiment, la goutte constitue un choix merveilleusement heureux pour servir de guide à travers les vicissitudes de la doctrine médicale en formation. N'avait-elle pas, dès l'antiquité la plus reculée, acquis son individualité nosologique, éveillé l'idée d'un état morbide général avec manifestations locales? N'avait-elle pas, dès ces lointaines époques, occupé les médecins, les lettrés et les philosophes? Ayant fourni une immense part de matériaux à l'édification de la pathologie générale, elle ne pouvait que jeter une lumière exceptionnelle sur une investigation dans le passé de la science médicale. Avec cette lumière, M. Delpeuch nous introduit dans les écoles, chez les médecins, chez les malades, dans les idées, dans l'esprit même de toutes les époques, nous signalant mille erreurs qui courent encore sur le compte de nos ancêtres. Que de réhabilitations, que de justice rendue, que de fausses attributions rectifiées chemin faisant! Nous voyons la goutte contribuer à la naissance de l'humorisme, à la descente catarrhale du flegme, qui s'arrête sur les points de moindre résistance. Nous suivons les péripéties de toutes les hypothèses si souvent vraies qui, tour à tour, se dégagent et s'encombrent de nouveau de leur cortège d'erreurs et de superstitions. Nous trouvons la goutte, dès les origines, séparée nettement du rhumatisme, venir plus tard se confondre avec lui pour s'en séparer définitivement après quelques tentatives avec Lepois, Baillou et Rivière. Nous voyons la médecine grecque arriver à se scinder en byzantine et latine, à la séparation des deux empires d'Orient et d'Occident et les idées sur la goutte diverger aussi, puis s'obscurcir dans l'ombre du Moyen Age, tandis que les Arabes les avaient recueillies. Nous voyons, malgré les apports des ignorants et des brouillons, la vérité finir toujours par revenir à la surface et Pline lui-même ne pas la compromettre tout à fait en accueillant mille folies. Nous distinguons les vrais médecins des écrivains érudits comme Celse et Arétée, et nous reconnaissons les raisons des écarts d'un Paracelse, après avoir admiré les descriptions veines d'un Lucien et celles d'un Soranus. Du côté des malades, nous trouvons ceux-ci comme aujourd'hui, impatients et fuyant volontiers les médecins pour courir aux charlatans, trop souvent représentés par les prêtres, à qui l'on attribue à tort une part quelconque prise aux progrès de notre art.

« L'Histoire de la goutte suffirait à prouver, en effet, qu'avant Hippocrate, il n'y a eu que deux médecines dignes de ce nom ; la médecine théorique des philosophes et la médecine clinique des Asclépiades *laïques* de Cos et de Cnide ». Nous apprenons, en passant, ce qui dans la collection hippocratique appartient à Heraclide et à Polybe. Nous surprenons chez Platon, dans la bouche de Timée, une mention des auto-intoxications, et à propos du « latex » de Van Helmont à qui l'humorisme ne suffit plus, nous songeons, malgré nous, aux toxines.

Nous voyons à Alexandrie les mêmes causes et la même fréquence de la goutte qu'à Londres et rencontrons Alexandre de Tralles littéralement d'accord avec Trousseau. Scribonius nous donne une première leçon d'électricité médicale, en prescrivant à ses malades le contact d'une torpille vivante, tandis qu'Hérodote nous conduit aux eaux minérales en nous recommandant d'y consulter un médecin local rompu à la thérapeutique, car déjà les gens du monde à qui l'on conseillait une cure de *trois semaines*, tendaient à avaler une excessive quantité de verres d'eau et à s'éterniser dans le bain pour aller plus vite. Bien des siècles avant le paradoxe de la « chair coulante », le sang avait été banalement considéré comme un organe liquide. Nous constatons encore que le terme de *goutte*, fils de la théorie du catarrhe, date bien du IXe et non du XIIIe siècle.

Les hermodaches enfin, si judicieusement et si prudemment employés par les bysantins, les Arabes et les Salernitains, puis abandonnés par la faute de Dioscoride, sont bien des bulbes de colchique d'automne et non de *colchicum variegatum*, comme l'auteur nous le prouve en un très attrayant chapitre. Analyser un tel ouvrage en un article n'est pas possible; disons seulement qu'après avoir fait parler à la fin Sennert et Sydenham, M. Delpeuch s'arrête, sans y pénétrer, devant le seuil des théories modernes, et ce silence est voulu. Après le brillant et captivant spectacle qu'il nous donne de la vie de tout un riche passé, la pensée du lecteur court d'elle-même et va bien, éclairée qu'elle se trouve, raccorder les liens de ce passé aux théories en voie d'évolution dont les mouvements actuels nous passionnent au jour le jour. Si l'on aborde le livre de M. Delpeuch, on s'y attache et on le dévore comme le plus attirant des romans. Quand on l'a fermé sur la dernière page, la méditation spontanée où il vous entraine vous oblige à y revenir après quelque temps. F. BOISSIER.

De l'infection en chirurgie d'armée. Evolution des blessures de guerre ; par les Drs NIMIER et LAVAL. 1 vol. in-12, (Felix Alcan, editeur).

Lorsqu'on étudie chez les blessés la nature des infirmités qu'ils conservent ou la cause de leur mort, on est frappé du rôle néfaste des accidents infectieux dans les traumatismes de guerre. Les uns souffrent moins d'une infirmité, conséquence directe de la lésion traumatique due à l'action du projectile, que du reliquat des désordres provoqués par les agents infectieux. Chez les autres, la mort est plus rarement le résultat direct de la blessure que l'aboutissant d'une infection.

Il est permis d'espérer qu'à l'avenir, grâce aux pratiques de l'antisepsie moderne, les guerres coûteront, du fait des infections moins de morts et d'invalides.

Nous n'assisterons pas, comme nos devanciers, à des épidémies de blessures de guerre infectées. Mais malgré tout, l'infection de certaines plaies reste inévitable. C'est qu'en effet, vu les conditions de la guerre, le role du chirurgien en campagne diffère beaucoup de ce qu'il est en temps de paix ; bien des fautes contre l'asepsie y sont, sinon fatales, du moins communes.

Après l'exposé de l'évolution aseptique des coups de feu, les auteurs etudient l'évolution des coups de feu infectés sur les différents tissus.

Les complications générales des plaies, pyohémies, septicémie sont passées en revue. Un important chapitre, consacré au tetanos, est tracé de main de maître.

Cette étude est le complément d'une série d'ouvrages sur les armes de guerre, *Les Projectiles*, *Les Explosifs*, *Les Armes blanches* ; il aura, nous en sommes surs, le même succès que les précédents. P. RELLAY.

Les Armes blanches, leur action et leurs effets vulnérants ; par les Drs NIMIER et LAVAL. 1 vol. in-12 avec gravures, 6 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Bien que l'importance des armes blanches ait singulièrement décru depuis l'avènement et les progrès des armes à feu, elles ne doivent pas être tenues pour négligeables. Si la proportion des blessures par armes blanches dans les guerres européennes tend à s'abaisser de jour en jour (3 pour 100 au milieu du siècle 1 pour 100 dans la guerre russo-turque), il faut encore compter avec elles dans les expéditions coloniales incessantes à notre époque et fertiles en ce genre de lésions : car, bien que l'adoption des armes à feu soit le premier résultat de la conquête européenne, le sabre, la lance et surtout la flèche constituent encore les armes nationales des tribus sauvages, celles dont elles se servent avec le plus d'habileté et souvent avec succès.

Les lésions produites par les armes blanches ressortissent à deux modalités distinctes : la *coupure*, produite par les armes tranchantes (coups de sabre) et la *perforation*, produite par les armes *piquantes*.

La perforation peut être étroite (baïonnette ancienne, baïonnette française, modèle 1886).

Elle peut être large à forme linéaire (épée, pointe de sabre, baïonnettes actuelles en général) ; large à forme triangulaire (lance). Enfin, elle peut offrir une forme irrégulière et parfois être infectée par des substances venimeuses (flèches). Le livre se termine par une courte étude du casque, de la cuirasse et du bouclier, considérés comme armes défensives. P. RELLAY.

Les Explosifs, les Poudres, les Projectiles d'exercice. Leur action et leurs effets vulnerants ; par MM. NIMIER et LAVAL. (Paris, Felix Alcan, éditeur).

Dans cet intéressant ouvrage, les auteurs passent en revue les différents explosifs actuellement en usage, qui sont :

La nitro-glycérine, qui, absorbée dans une silice poreuse, constitue la dynamite (attentats anarchistes) ; la nitrocellulose, fulmi-coton ou coton-poudre.

Les explosifs à base d'un azotate (poudre ordinaire et nouvelles poudres à canon); l'acide picrique et les picrates (obus à mélinite) ; le fulminate de mercure mérite une place spéciale, non seulement à cause de ses propriétés détonantes (étoupilles, cordeau Beckford), mais aussi à cause des accidents d'intoxitation que peut produire, dans un local clos, l'eclatement de fusées au fulminate de mercure.

Bien que l'action vulnérante des explosifs modernes ne soit démontrée que par des faits isolés, point n'est besoin d'autres faits pour nous faire deviner leur puissance destructive et meurtrière. « Du reste, le médecin militaire ne doit pas attendre l'expérience d'une guerre future pour être fixé sur les dangers qu'il partagera avec le soldat et sur les blessures qu'il aura à soigner du fait des explosifs ».

L'ouvrage se termine par une étude des projectiles d'exercice (fausse balle et balle pour le tir réduit). P. RELLAY.

Les amoureux de la douleur; par P. DHLUR. 1 vol., 95 p., in-16. (Paris, Soc. d'edit. scientifiques, 1900).

Le mot *algophilie* est proposé par l'auteur pour désigner une perversion de la sensibilité telle, que des impressions physiques ou morales d'ordre douloureux, ou pénibles, sont accompagnées de plaisir. Plaisir et douleur ne sont d'ailleurs rien d'absolu et ne sont pas l'opposé l'un de l'autre, ils ne seraient que des manières d'être relatives et séparées par une simple différence de degré. L'un et l'autre se composent ou s'accompagnent d'impressions secondaires agréables et pénibles, éléments dont la prédominence des uns (agréables) au détriment des autres peut altérer le résultat, ou impression totale, quelque soit le caractère de la cause. Psychique ou matérielle, la douleur réunit toujours un élément moral et un élément physique dont la perte partielle peut modifier aussi la nature de l'aperception. L'association d'une jouissance à une première douleur peut devenir indissoluble et créer l'algophilie aussi bien que peut le faire le besoin d'une sensation violente (douleur) destinée à créer une tension suffisante d'un système nerveux pathologique pour lui permettre d'éprouver une certaine jouissance. D'autres causes encore

sont examinées et suivies chez les dégénérés représentant le plus grand nombre des algophiles, chez les aliénés, les mystiques et surtout chez les pervertis sexuels. Sur bien des points, et notamment à propos du masochisme, je ne me sens pas d'accord avec cette étude, qui ne m'en a paru d'ailleurs que plus intéressante. F. BOISSIER.

Les médecins bretons du XVI° au XX° siècle; par J. ROGER. Un très beau volume de 200 p. in-8 avec portraits hors texte. (J.-B. Baillière, Paris. 1900).

Les travaux historiques déjà parus de M. Roger faisaient désirer celui-ci. Toutes les qualités maîtresses de l'entreprenante et tenace Armorique brillent chez les soixante médecins bretons qui revivent dans ce livre. Justice est faite en signalant ceux que le public a ignorés malgré les services rendus, et en consacrant à chacun l'espace dont sa carrière et son œuvre le rendent digne. Ceux dont les noms sont familiers, comme Lamettrie, Le Gallois, Broussais, Jobert de Lamballe, Laënnec, Guérin, Chassaignac et Maisonneuve, nous apparaissent après cette lecture avec un caractère plus tranché et des traits nouveaux. Mais pourquoi la belle figure de Morvan ne figure-t-elle pas dans cette galerie? Peut-être M. Roger le réserve-t-il pour un second volume. Me permettra-t-il d'ajouter un mot à l'histoire d'Alphonse Guérin? C'était en 1888; dès qu'il parut, Guérin, désigné comme président du jury de l'internat, fut l'objet d'une ovation aussi enthousiaste que spontanée de toute la jeunesse réunie pour la composition écrite. Aux premières séances de lecture, il se plaignit de ce que l'impartialité de son temps lui semblât n'avoir pas survécu et menaça de se retirer, ce qu'il fit résolument quelques jours plus tard devant l'inutilité de ses protestations. F. BOISSIER.

Tableaux synoptiques de bactériologie médicale; par A. DUPONT. 1 vol. in-16, 80 pages. (Librairie Baillière, 1900).

Ce livre fait partie de la collection des tableaux synoptiques éditée par la maison Baillière, et dont beaucoup d'exemplaires s'adressent surtout au médecin. Le petit traité de M Dupont a pour but de permettre à l'étudiant comme au praticien de se remémorer rapidement les principaux caractères des divers microbes pathogènes; et malgré leur brièveté, les tableaux sont clairs et sans lacune.

Le paludisme à Paris. 2° Partie, par Manuel VICENTE. 1 vol 320 pages. (Société d'éditions scientif., Paris, 1901).

Manuel d'histologie pathologique; 3 édition; par CORNIL et RANVIER. 1 vol. 905 pages. (Paris, 1901, F. Alcan, édit.)

Cette troisième édition est toujours sur la même place que ses devancières : tout chapitre d'histologie pathologique est précédé de l'exposé de l'histologie normale nécessaire à sa compréhension. Mais combien d'additions ont été faites aux premières descriptions, et qui ne sont que le résumé de tout ce qui a paru depuis 1881, date de la dernière édition. Plusieurs chapitres sont même inédits; tels ceux qui intéressent les organes des sens, vision, audition, odorat. D'autres sont complètement refondus, et en particulier ceux qui touchent à la bactériologie, l'inflammation sceptique, les myélites et névrites, etc. Pour mener à bien pareille entreprise, MM. Cornil et Ranvier ont fait appel à de nombreux collaborateurs, dont la compétence, pour les sujets qu'ils traitent, est spécialement reconnue. Ainsi, dans le premier volume qui paraît, à côté des chapitres écrits par MM. Cornil et Ranvier et qui ont trait à l'histologie générale normale et pathologique des tissus, on remarque l'étude de M. Brault sur les tumeurs, de M. Bezançon sur les bactéries, de M. Cazin sur les lésions des os et des cartilages.

Bien que dû à une collaboration, le livre n'en est pas moins homogène ; car il est inspiré par une direction unique ; et tous les collaborateurs ont puisé leur instruction pratique dans les laboratoires des deux maîtres dont les noms sont inscrits en tête de ce vaste manuel. P. R.

L'ESPRIT DES AUTRES. — Les *autocrates* ne daignent pas s'abaisser à motiver leurs actes.

VARIA

Congrès des aliénistes et neurologistes.

Le prochain Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française aura lieu au mois d'août, à Limoges, sous la présidence de M. Gilbert Ballet.

Les questions qui y feront l'objet de rapports sont les suivantes : 1° NEUROLOGIE.— *Physiologie pathologique* et *pathogénie du tonus musculaire, des modifications des réflexes et de la contracture dans les lésions du névraxe.* — Rapporteur, M. CROCQ (de Bruxelles);— 2° PATHOLOGIE MENTALE. *Du délire aigu* au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique.— Rapporteur, M. CARRIER (de Lyon); — 3° Administration.— Le personnel secondaire dans les asiles d'aliénés. — Rapporteur, M. TAGUET (de la Maison Blanche). — Les rapports seront distribués aux adhérents du Congrès le 1er juillet, au plus tard.

La salubrité publique et l'équarrissage des animaux.

La législation municipale de 1884 a conféré aux maires un pouvoir extrêmement étendu dans l'intérêt de la salubrité publique, mais ce pouvoir n'est pas illimité, et il doit être exercé à ne violer aucune loi spéciale ni aucun des principes généraux de nodre droit public. Le Conseil d'Etat vient d'être appelé à faire l'application de cette règle dans la ville de Bordeaux. Le maire de Bordeaux avait pris un arrêté réglementant l'équarrissage des animaux morts de maladie ou d'accidents, et portant qu'ils devraient être tous transportés et traités par le service municipal. Cet arrêté a été déféré, pour excès de pouvoir, au Conseil d'Etat, qui a décidé que ces dispositions établissaient au profit de la ville un véritable monopole de l'équarrissage, en violation de la liberté de l'industrie. De plus, elles sont contraires à la loi du 21 juin 1898 sur la police sanitaire, qui donne au propriétaire d'un animal mort d'une maladie contagieuse le choix de le faire transporter à un atelier d'équarrissage, de le detruire par combustion ou par un procédé chimique, ou de l'enfouir.

En conséquence, l'arrêté du maire de Bordeaux a été annulé. (*Le Temps*.)

Zoophilie

Après le cimetière des chiens, voilà l'hospice des chiens ; quand le conseil municipal leur ouvrira-t-il un chapitre au budget de l'Assistance ! Nous lisons dans *Le Matin* :

« Au cinquième étage d'une maison située 136, rue de Vaugirard, dans un logement exigu, une vieille fille de cinquante-cinq ans environ, Mlle Savary, qui vit à peu près seule et à laquelle on ne connaît aucun parent, dirige un espèce d'hopital pour les chiens malades recueillis sur la voie publique. Dans deux pièces étroites, une quinzaine de « cabots » dont, affirme-t-on, la moitié sont galeux ou atteints de maladies dangereuses, sont réunis, et c'est tout le long du jour, dans ce chenil dont il se dégage des émanations infectes, un concert de hurlements dont se plaignent les voisins. Ceux-ci se sont adressés au commissariat, mais le commissaire de police a vu tous ses avis jetés au feu par la vieille demoiselle, qui s'obstine à ne pas vouloir ouvrir la porte au magistrat. A la mise en demeure formelle de se debarrasser des animaux qu'elle a recueillis, Mll Savary a opposé l'indifférence la plus absolue, et les voisins continuent à se plaindre, tandis que le commissaire qui n'a aucun pouvoir pour expulser de force d'un logement particulier les animaux qui s'y trouvent réunis, ne peut qu'affirmer son impuissance.

« Mlle Savary a engagé contre l'autorité une lutte dans laquelle elle finira par succomber ; mais il n'en est pas moins vrai que, depuis un mois, le chenil, transformé en citadelle, continue à demeurer imprenable. »

Sanatorium ouvrier en Alsace-Lorraine.

Le président de Lorraine, baron de Hammerstein, en présence des notabilités de la province, vient d'inaugurer en grande pompe, à Alberschwiller (arrondissement de Sarrebourg), le premier *sanatorium*, fondé en Lorraine, pour les

ouvriers tuberculeux susceptibles d'être ramenés à guérison. Cette création, qui sera suivie de plusieurs autres de même ordre, est due à l'initiative privée. L'établissement d'Alberschwiller, magnifiquement installé, est organisé pour recevoir 60 ouvriers malades; il est éclairé à la lumière électrique et doté d'une buanderie à vapeur et de stérilisateurs perfectionnés. Il existe en Allemagne 49 établissements de ce genre installés généralement dans les centres ouvriers. L'Alsace-Lorraine n'en possède encore qu'un seul. (*Le Temps.*)

A propos de Sanatoria.

Une pensée bien pratique que le Pr Grancher a livrée à la *Revue encyclopédique* :

« On parle beaucoup de tuberculose et chaque peuple s'efforce d'opposer une barrière à la marche envahissante de cette maladie. L'Allemand lutte contre elle par le sanatorium et l'Anglais par le bifteck et le tennis. Je préfère la méthode anglaise, plus agréable et plus efficace. »

Nous aussi, mais M. le Pr Grancher aurait pu ajouter : « En France, on lutte contre la tuberculose en faisant des Ligues où l'on parle beaucoup et d'où il ne sort pas toujours grand'chose. A Paris, on la combat, en empêchant de cracher dans les rues. » Si chacun fait ce qu'il peut, avouons que nous ne pouvons pas encore beaucoup. J. N.

La responsabilité d'un docteur en médecine.

La cour de Caen vient de statuer sur une affaire qui, par les conséquences de l'arrêt qu'elle a rendu, vaut d'être contée en quelques lignes : Un M. D... avait réussi à se faire remettre par sa tante, la demoiselle M..., une somme de 4.000 francs représentant toutes ses économies et, pour se soustraire aux nombreuses demandes de remboursement à lui adressées, il décida de faire passer pour folle sa parente. Il s'adressa, dans ce but, au docteur X... qui lui délivra un certificat établissant que la Dlle M... était sujette à des accès de folie furieuse et devait être internée. Elle le fut, en effet. Cependant, après une mise en observation de huit jours, elle fut rendue à la liberté par l'autorité préfectorale, les médecins de l'asile n'ayant constaté chez elle aucun phénomène délirant ni aucune surexcitation anormale quelconque.

Mlle M... assigna en dommages-intérêts son parent et le Dr X..., et voici les principaux attendus de l'arrêt en ce qui concerne le médecin : « Considérant que le Dr X... ne saurait échapper à la responsabilité de ses actes d'imprudence, de négligence, de légèreté et de méprise grossière, qui ont causé à la Dlle M... un sérieux préjudice ; que, quelle qu'ait été sa bonne foi, il a eut tort d'accorder une confiance aveugle aux récits intéressés des époux D..., qui lui ont représenté leur parente comme dangereuse pour leur sûreté personnelle et pour l'ordre public; qu'il n'a constaté ni précisé aucune manifestation extérieure de la manie furieuse attribuée par son certificat non motivé, à la Dlle M... ; qu'il est d'autant plus inexcusable de s'être ainsi trompé, qu'il connaissait de longue date la Dlle M... et qu'il savait qu'elle n'avait jamais donné le moindre signe d'aliénation mentale ; qu'il a formé sa conviction sur les seuls dires de D... et de la dame D..., sans soumettre la Dlle M... à un examen ou à une observation quelconque et sans chercher à vérifier la vérité et la portée des faits qui lui étaient racontés. »

Le Dr X... a été, pour sa part, condamné à payer à la Dlle M... la somme de 2.000 francs à titre de dommages-intérêts. (*Le Temps.*)

Un cas de fécondité extraordinaire.

Les journaux italiens ont rapporté, en garantissant l'authenticité du fait, la nouvelle suivante : Une journalière des environs de Rome aurait, dernièrement, donné le jour à son soixante-deuxième enfant. Elle aurait eu ainsi 41 filles et 21 garçons, en 26 ans. Cette femme extraordinaire s'appelle Flavia Granata et serait âgée de 59 ans. Elle est bien connue, paraît-il, à Rome, où plusieurs personnes charitables s'intéressent à elle et à sa nombreuse progéniture. Mariée à 28 ans, Flavia Granata a eu successivement une fille, puis 6 garçons d'un seul coup, puis 5 garçons, 4 filles, enfin une longue série de jumeaux terminée, il y a quelques jours, par une série finale de 4 garçons.

Il est vraiment regrettable que cette femme ne se soit mariée qu'à 28 ans, elle a ainsi perdu dix années précieuses et elle aurait pu prétendre à la centaine d'enfants. Il est vrai que les journaux, qui nous parlent de cette nombreuse progéniture, ont omis le point essentiel, de nous dire combien il y avait de ces 62 enfants vivants à l'heure actuelle. (*Journal des sciences médicales de Lille* du 26 janvier 1901.)

Des punitions des enfants.

« Oui, certes, pour obtenir de nos enfants la modification de quelque fâcheuse tendance, avant d'avoir recours aux rigueurs des punitions, usons de toutes les ressources de la tendre persuasion. Par elle, nous obtiendrons beaucoup, à condition d'en prendre pour tout de bon la peine, à condition de ne pas nous contenter d'une caresse passagère, de quelques mots en l'air, une fois dits, mais de fréquemment répéter des paroles simples et bonnes, vraiment appropriées, qui sachent frapper juste et aller jusqu'au cœur.

« Pères, mamans, éducateurs qui voulez bien me lire, faisons encore ensemble notre examen de conscience, et reconnaissons une fois de plus que nos moyens habituels de réprimer les manquements de nos petits sont bien irréfléchis, bien nerveux, bien peu sages, et dépendent presque uniquement de l'humeur du moment ou de quelque idée routinière.

« Celui-ci, parce qu'il est naturellement tendre et câlin, nous le couvrons de baisers fous jusqu'à l'efféminer ; et cet autre, un peu plus rageur, insolent et rebelle, pour l'apaiser, nous ne lui donnons en spectacle qu'une colère, à peu de chose près, aussi impulsive que la sienne. La sévérité dépasse fréquemment le but, témoin, ces pauvres marmots, que les foudres olympiennes, toujours tonnantes du papa, ont fini par rendre abêtis, timides, honteux de tout, sages comme des automates, sans personnalité, sans spontanéité. Ce pli-là se prend pour la vie. Heureux encore, lorsque ces malheureux petits, toujours sous le coup de quelque rebuffade, ne deviennent pas cachottiers, sournois, avec des âmes tout à fait avilies d'esclaves. Pour mon compte, je me sens aussi éloigné de l'excès de cajoleries que du procédé d'éducation par intimidation perpétuelle. » (Maurice de Fleury, *Le corps et l'âme de l'enfant*, p. 263.)

On ne saurait mieux dire. Ces conseils sont ceux que nous ne cessons de donner à nos auxiliaires à Bicêtre et à la fondation Vallée. Si nous avons à peu près complètement réussi dans celle-ci, il est loin d'en être de même à Bicêtre. A plus forte raison cependant ces conseils devraient être suivis puisqu'il s'agit d'enfants *malades*. Nos auxiliaires femmes tiennent un peu compte de ce que nous leur disons, mais il n'en est pas malheureusement de même de nos auxiliaires hommes. Bien que nous essayions quotidiennement, en mettant l'histoire de nos malades sous leurs yeux, de les instruire, ils ne sont pas convaincus qu'il s'agit là de *malades* et que le bon sens exige qu'on n'ait qu'exceptionnellement recours aux *punitions*, et *encore!* On traite, on soigne un malade on ne le punit pas. B.

Sainte Réclame.

Nous empruntons la notice suivante textuelle à une gazette de province. Elle est d'un pittoresque que tout commentaire ne pourrait qu'affaiblir.

A SAINT ANTOINE DE PADOUE. — (LA SANTÉ EN DORMANT est infailliblement retrouvée par les cierges hygiéniques et antiseptiques (!!!) de saint Antoine de Padoue, qui guérissent toutes les maladies des voies respiratoires : laryngite, bronchite, catarrhe, asthme, coqueluche, etc.., suppriment toutes les cigarettes, poudres, inhalations, toujours désagréables et préservent de toute contagion. S'adresser à saint Antoine de Padoue, no X, rue X, Paris, Mlle Z... directrice. La boîte : 1 fr. 50, contre mandat de poste, avec une jolie photographie coloriée de saint Antoine. UN PROFESSEUR MÉDECIN donne GRATUITEMENT toute consultation demandée par lettre. Timbre pour réponse. La notice explicative est envoyée gratis et *franco* à tous ceux qui en font la demande.

Les Épidémies.

Peste. — La peste a éclaté à Hull, en Angleterre, parmi les passagers du *Friary*. Quatre décès se sont produits, un cas de peste a été signalé à Constantinople.

Fièvre jaune. — De nouveaux cas de fièvre jaune auraient été récemment constatés à Saint-Louis du Sénégal.

Dysenterie. — L'épidémie de dysenterie qui règne dans l'arrondissement de Châteaulin étend ses ravages, malgré toutes les mesures administratives prises dans le but d'arrêter la contagion.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 11. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Ch. Richet, Lannois, Broca (André). — 5e *de Doctorat* (1re *série*) (1re *partie*). Chirurgie : MM. Segond, Reynier, Mauclaire. — (2e *série*) (1re *partie*). Chirurgie : MM. Delens, Reclus, Legueu. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Gaucher, Teissier.

MARDI 12. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Gauthier, Retterer, Langlois. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Budin, Quénu, Hartmann. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Campenon, Albarran. — (1re *série*) (2e *partie*) : MM. Raymond, Thiroloix, Dupré. — (2e *série*) 2e *partie*) : MM. Troisier, Letulle, Charrin.

MERCREDI 13. — *Médecine opératoire* N. R. : MM. Walther, Sebileau, Broca (Aug.). — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Gariel, Rémy, Gley. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Poirier, Legueu, Lepage.

JEUDI 14. — *Médecine opératoire*: A. R. : MM. Guyon, Poirier, Albarran. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Gariel, Rémy, Langlois. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Schwartz, Bonnaire, Thiéry. — (2e *partie*). A. R : MM. Chauffard, Charrin, Achard. — 4e *de Doctorat*. A. R. : MM. Proust, Andre, Vaquez.

VENDREDI 15. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz. — 5e *de Doctorat* (1re *série*) 1re *partie*. Chirurgie : MM. Tillaux, Reynier, Lejars. — (2e *série*) (1re *partie*). Chirurgie : MM. Reclus, Segond, Mauclaire. — (1re *partie*. Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 16. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R : MM. Joffroy, Blanchard, Letulle. — (2e *partie*) Oral. N. R. : MM. Chauffard, Roger, Ménétrier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Richelot, Campenon, Hartmann. — (2e *partie*). : MM. Debove, Hallopeau, Troisier. — (1re *partie*). Obstétrique. : MM. Budin, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 13. — M. Meyer. Durillons professionnels. — M. Collinot. Etude sur les manifestations veineuses au cours de la syphilis secondaire. — M. Claverie. Essai sur l'avortement brusque. — M. Sens. Grossesse extra-utérine récidivante. — Etude critique de 89 observations. — M. Leclerc. Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique congénitale. — M. Veau. Etude de l'epithélioma branchial du cou. Branchiome malin de la région cervicale. — M. Blomme. Considération sur la polydactylie.

JEUDI 14. — MM. Pitti-Ferrandi. Le paludisme et l'assainissement des régions palustres en Corse. — M. Neufeld. Contribution à l'étude clinique et bactériologique de la galactophorite. — M. Quillard. De l'appendicite chez la femme. — M. Laverg[illegible]. Essai sur les sarcomes du maxillaire supérieur. (Etude clinique et pronostique.) — M. Hamon. Des rétrécissements de l'uretre chez la femme.

FORMULES

XIV. — Contre la fetidité de l'haleine.

Café pulvérisé.		1[illegible] grammes
Charbon vegetal	}	
Sucre pulvérisé	} àà 15	—
Vanille	}	
Mucilage de gomme.		Q. S.

Diviser en pastilles de [illegible] gramme (Vigier, *Remèdes*)

XV. — Instillations contre l'otorrhée.

Eau distillée	8 grammes
Alcool a 40°	1 —
Perchlorure de fer	2 —

Instiller 3 ou 4 gouttes dans le [illegible] deux ou trois fois par jour (BOTEY).

NOUVELLES

NATALITÉ A [illegible]. — Du dimanche 27 janv. au samedi 2 fév. 1901, les naissances ont été au nombre de 1.087 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 405, illégitimes, 133. Total, 538 — *Sexe féminin* : légitimes, 408, illegitimes. 141. Total. 549.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'apres le recensement de 1896 : 2.511 629 habitants y compris 18 280 militaires. Du dimanche 27 janvier au samedi 2 février 1901, les décès ont été au nombre de 935, savoir : 491 hommes et 444 femmes. Les décès sont dûs aux causes suivantes : Fievre typhoide (typhus abdominal) : M. 1, F. 4, T. 5 — Typhus exanthematique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 6, F. 5, T 11. — Rougeole : M. 3, F. 3, T. 6. — Scarlatine : M. 1, F, 0, T, 1. — Coqueluche : M. 2. F. 4, T. 6. — Diphtérie et Croup : M. 5, F. 5, T. 10. — Grippe : M. 2, F. 4, T. 6. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M 0. F. 0, T. 0, — Autres maladies épidémiques : M. 3, F. 2, T. 5. — Tuberculose des poumons : M 120, F. 67, T, 187. — Tuberculose des méninges : M. 5, F. 7, T. 12. — Autres tuberculoses : M 7, F. 2. T. 9. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 16, F. 27. T. 43. — Méningite simple : M. 10, F. 9, T. 19 — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 24, F. 30, T. 54 — Maladie organique du cœur : M. 31, F. 44, T. 75. — Bronchite aiguë : M. 11. F. 7, T. 18. — Bronchite chronique : M. 13, F. 17, T. 30. — Pneumonie : M. 24, F. 20, T. 44. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 57. F. 50. T. 107 — Affection de l'estomac (cancer exc.) : M. 5, F. 2, T. 7. — Diarrhée et enterite de 0 à 1 an : sein, M. 2, F. 4, T. 6; autre alimentation. M. 10, F. 4, T. 14. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Hernies, obstruction intestinale : M. 2, F. 6. T. 8. — Cirrhose du foie : M. 8, F. 3, T. 11. — Nephrite et mal de Bright : M. 20, F. 11, T. 31. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 4, T. 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerperale) : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 0, T. 0 — Debilite congénitale et vice de conformation : M. 19, F. 5, T. 24. — Debilité sénile : M. 8, F. 30, T. 38. — Morts violentes : M. 11, F. 11, T. 22. — Suicides : M. 3 F. 1, T. 4. — Autres maladies : M. 52, F. 45, T. 97. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 14, F. 6 T. 20.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 54, qui se decomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 21, illegitimes, 9. Total : 30. — *Sexe féminin* : légitimes, 17, illégitimes, 7, Total : 24.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Il est crée a la Faculté de Médecine de Paris : 1° une chaire de clinique gynécologique ; 2° une chaire de clinique chirurgicale des maladies des enfants. (Fondation de la Ville de Paris.)

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — Un concours s'ouvrira, le 11 novembre 1901, devant la Faculté de Médecine de Paris, pour l'emploi de suppleant des chaires de pathologie et de clinique médicale a l'Ecole de Médecine de Caen.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES. — Ont été nommés : Au grade de médecin principal : MM. les médecins de 1re classe, Crossouard et Clotard. — Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe : Garnier et Lecomte. — Au grade de pharmacien principal : M. Dubois, pharmacien de 1re classe.

ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le Ministre de la Guerre a fixé a 100 le nombre des élèves à admettre cette année à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon. Les élèves [illegible] à [illegible] a 100 [illegible].

CONCOURS POUR UN EMPLOI DE SUPPLÉANT A L'ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — Un concours s'ouvrira le 4 novembre 1901 devant l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant de la chaire d'[illegible] à l'école [illegible] de médecine et de pharmacie de Tours. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

NOMINATION DE MEMBRES DU CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris : MM. les conseillers municipaux [illegible] Lépine, [illegible], Hénaffe, [illegible], Desprez, [illegible] Quentin, Bosset ; Dr [illegible] à l'Hôtel-Dieu.

ARRÊTÉ PORTANT DE 33 A 40 LE NOMBRE DES PLACES D'AGRÉGÉ DES FACULTÉS DE MÉDECINE MISES AU CONCOURS. — Le nombre

des places d'agrégé des Facultés de médecine mises au concours est porté de trente-neuf à quarante. La nouvelle place sera comprise dans la section des sciences physiques (chimie) et réservée à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

CONSEIL SUPÉRIEUR DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS. — M. le Dr LE BARON (de Paris), président d'honneur du Syndicat des médecins de la Seine, membre du Conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux de France, a été élu par 63 voix sur 101 votants membre délégué des Syndicats médicaux au Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels. Les autres voix se sont partagées entre MM. Chrétien (de Poitiers), Godon, dentiste à Paris, et Dumur (de Bordeaux).

LÉGION D'HONNEUR. — MM. les Drs J. de Christmas, Gérin-Lajoie et S. Petrovitch (de Paris) sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

HONORARIAT DES HÔPITAUX. — M. Descroizilles, médecin de l'hospice des Enfants-Malades, est nommé médecin honoraire des hospices et hôpitaux de Paris.

NOMINATIONS DE CHEFS DE SERVICE. — M. Toupet est nommé à Sainte-Périne; Rochard, à Ivry; Barbier, Janselme et Albarran, à Hérold.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. — PRIX GODARD. — La Société anatomique a partagé ce prix entre MM. G. Milian (Structure de l'épiploon du cobaye; mobilité défensive de l'épiploon); Max Posth (Le sacrum) et M. Labbé et Ch. Lévi-Sirugue. (Recherches sur la structure des amygdales).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS. — La Société médicale des Praticiens vient de renouveler son bureau pour 1901. Ont été élus : Président : M. le Dr Paul Archambaud; vice-présidents : MM. les Drs Lorain et Mercier; secrétaire-général : M. le Dr Barlerin; Trésorier : M. le Dr Garnier; Secrétaires : MM. les Drs Le Bayon et Terrier.

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT (MÉDECINE). — La *médaille d'or* est décernée à M. Lereboullet, la *médaille d'argent* à M. Jousset, un *accessit* à M. Ravaut.

RAPPORTS SEXUELS PRÉCOCES. — La cour d'assises de Loir-et-Cher a condamné, hier, aux travaux forcés à perpétuité, un nommé Hacault, garçon de ferme, coupable d'avoir assassiné une bergère âgée de *quatorze ans, et qui était sa maîtresse depuis deux ans.* (Le *Temps* du 26 novembre 1900.)

ALCOOLISME ET ETUDIANTS. — On sait que des étudiants ont fondé dernièrement, au quartier Latin, une Ligue de tempérance pour combattre l'alcoolisme. Ces jeunes tempérants n'ont fait en cela qu'imiter les étudiants de Berlin. Ceux-ci ont fondé, il y a quelques années, une Ligue de tempérance « destinée, disent les statuts, a combattre l'alcoolisme, le fléau national qui détruit l'intelligence, mine la moralité. » Pour qui connait les fameuses beuveries des étudiants allemands, les « Fruschoppen », les « Kommers », cela semble invraisemblable. (*Le Journal.*)

PESTE. — La peste continue à sévir à Bombay, à Calcutta, etc., cet hiver comme les hivers précédents! — Quelques cas à Smyrne, un cas à Constantinople; — à Maurice, etc.

LA SOCIÉTÉ DE PRÉSERVATION CONTRE LA TUBERCULOSE PAR L'ÉDUCATION POPULAIRE (33, rue Lafayette, Paris), adresse au public l'appel suivant : « La tuberculose, maladie contagieuse, évitable et curable, tue chaque année en France 150.000 personnes par phtisie, méningite ou autre affection tuberculose. C'est à la fois faire œuvre de défense personnelle, œuvre humanitaire et œuvre nationale que de lutter contre la contagion tuberculeuse et ses deux plus puissants auxiliaires : l'alcoolisme et le logement insalubre. La Société de préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire a pour but de vulgariser par l'affiche, l'image, la brochure, la conférence, etc , les mesures d'hygiène préventive que tout le monde a intérêt à suivre, à faire suivre aux siens et à voir accepter par autrui dans un but de préservation anti-tuberculeuse. Elle fait appel à tous les concours. — Adresser les dons ou adhésions à M. Edgard Pourcelle, trésorier, 59, rue de Châteaudun. Membres actifs : 10 francs par an. Membres perpétuels : versement unique d'une somme égale ou supérieure à 100 francs. Dons à volonté. »

ASILE D'ALIÉNÉS DE BELLEVUE. — Le grand jury de New-York vient de reconnaître le bien fondé des accusations formulées par la presse, au sujet des abus et des scandales de l'asile d'aliénés de Bellevue, à la suite de la mort d'un Français, nommé Hilliard, interné dans cet établissement. Le grand jury a recommandé le renvoi du surveillant, du surveillant adjoint, ainsi que du Dr Moore, et a conclu à la responsabilité des infirmiers coupables de cruauté et d'inhumanité. Il préconise la réorganisation complète de l'établissement et sa mise à l'abri de toute ingérence politique. (*Le Temps.*)

LA PREMIÈRE INTERNE DES HÔPITAUX. — Dans la liste des internes titulaires qui viennent d'être reçus au dernier concours de l'internat des hôpitaux et que nous avons publiée dans notre dernier numéro, figure une jeune fille, Mlle Marthe Francillon-Rouville, qui a été admise avec le no 52, sur plus de 600 concurrents. Mlle Marthe Francillon est la première Française qui, jusqu'à présent, ait obtenu le titre d'interne des hôpitaux.

CHLOROFORMISATION CRIMINELLE. — Chalon-sur-Saône, 25 janvier. Aujourd'hui comparait devant la cour d'assises un pharmacien de Saint-Bonnet-de-Joux, Auguste Pillot, âgé de 37 ans, marié, inculpé de viols et attentats à la pudeur sur des femmes et des jeunes filles qu il endormait, préalablement, au moyen de chloroforme. L'accusé nie énergiquement, 56 témoins à charge et 12 à décharge seront entendus. Le procureur de la République Canac occupe le siège du ministère public. Les avocats de l'accusé sont Mes Jacquier (de Lyon) et Laneyrie (de Charolles). Les débats dureront deux jours; le huis clos a été prononcé.

LE NOMBRE DES MÉDECINS EN AUTRICHE. — D'après les dernières statistiques, on compte 10 576 médecins en Autriche, répartis de la sorte : pour la Basse-Autriche, 3.054; pour la Haute-Autriche, 368; Salzbourg, 114; la Styrie, 674; la Corinthie, 240; sur le littoral, 331; le Tyrol, 134; la Bohême, 2 563; la Moravie, 881; la Silésie, 225; la Galicie, 1.313; la Bucownie, 134; la Dalmatie, 131; pour la Bosnie et l'Herzégovine, 97. Dans les principales villes, on trouve : à Vienne 2.443 médecins, 53 à Lintz, 38 à Salzbourg, 258 à Gratz, 35 à Klagenfurth, 185 à Trieste, 450 à Prague et 17 à Zara — Dans la Suisse allemande, 4 femmes ont pour le moment des emplois à la Faculté et à l'Institut de Médecine. A Berne, Mme S. Stier a les fonctions de médecin adjoint à la Clinique de psychiatrie; Rachel Zipkin est à l'Institut anatomique comme deuxième médecin adjoint; à Zurich, Mme Kworostanky comme quatrième adjoint à la Clinique d'accouchements et de gynécologie, et Mme Fitschen comme deuxième médecin adjoint à la Clinique de psychiatrie.

DÉCLARATION DE LA TUBERCULOSE EN SAXE. — Le gouvernement saxon a décrété l'obligation pour les médecins de déclarer les cas de tuberculose. Cette décision est critiquée, parce qu'elle porte atteinte au secret professionnel, et il est douteux qu'elle contribue à enrayer les ravages de la tuberculose. (*Le Temps.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. André-J. NARICH, père de notre distingué correspondant, le Dr Belisaire Narich (de Smyrne), à qui le *Progrès Médical* adresse ses vives sympathies; — De M. le Dr ANIZON (de Nantes); — De M. le Dr DUBARRY (de Dampierre); — De M. le Dr BALLIN (de Lyon); — De M. le Dr Clément LEMAIRE (de Willems, Nord).

LE BLOC, par G. CLÉMENCEAU, Gazette hebdomadaire. Le numero, 50 cent. Un an, 20 francs. Administration, rue Cardinet, 87.

Nous signalons à nos lecteurs l'apparition du nouveau journal de notre ami, le Dr G. Clémenceau, qui mérite d'attirer non seulement leur attention, mais encore leur sympathie agissante.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — *Conférences et travaux pratiques* sur les affections cutanées, la syphilis et les affections des organes génitaux (symptomatologie, anatomie pathologique, diagnostic clinique, microscopique et chimique), radiographie et photographie microscopique, par M. le Dr Paul GASTOU, ex-chef de clinique, assistant de consultation, chef de Loboratoire de la Faculté. — *Programme* : 1 Anatomie et physiologie de la peau. Etiologie et pathogénie des affections cutanées. Généralités : recherches de laboratoire (histologie, microbiologie. Expérimentation. Analyse chimique et biologique). Méthodes graphiques de reproduction, radiographie. — 2o Symptomes. Diagnostic et classification. Méthodes d'utilisation des matériaux; examen immédiat et tardif (conservation, fixation, durcissement). — 3o Thérapeutique générale. Méthodes générales de coloration : but, procédés colorants. — 4o Taches et érythèmes. Méthodes spéciales de coloration (analyse

histo-chimique). — 5° Affections squameuses. Dermatoses parasitaires mycéliennes de la peau et des poils. Technique de l'examen des cheveux, poils et squames. — 6° Affections des muqueuses dermo-papillaires. Technique de l'examen des exsudats muqueux. — 7° Affections papuleuses (prurigos et lichens). Technique de l'examen du sang et des sérosités (vésicules et bulles). — 8° Affections vésiculeuses et eczémas. Technique de l'examen des exsudats purulents et croûtes (examen direct). — 9° Affections bulleuses et pustuleuses. Technique de l'examen des exsudats purulents et croûtes (cultures). — 10° Dermatoses parasitaires animales. Physiologie expérimentale : injections et inoculations. — 11° Dermatoses microbiennes pyogènes (pyodermites) et spécifiques. Chimie biologique : toxines, diastases et vaccins. — 12° Affections néoplasiques. Autopsies : conditions, technique. — 13° Dermatoneuroses et trophonévroses. Biopsies et matériaux vivants (ponction, grattage, épilation). — 14° Syphilis : pathologie générale, accident initial, évolution. Technique de l'inclusion et des coupes. — 15° Syphilis secondaire et tertiaire, para-syphilis. Coloration et interprétation des coupes. — 16° Hérédité syphilitique. Syphilis infantile héréditaire acquise. Chimie médicale : analyse des urines. — 17° Chancre mou. Chimie médicale : analyse du suc gastrique, des concrétions et humeurs. — 18° Affections balano-préputiales. Photographie et dessins microscopiques. — 19° Blennorrhagie. Radioscopie et radiographie. — 20° Thérapeutique générale de la syphilis et des affections génitales. Groupement et utilisation des matériaux de la clinique et du laboratoire. (Analyse et synthèse clinique.) — Les droits à verser pour les conférences et les travaux pratiques sont de 75 fr. Les conférences et travaux pratiques auront lieu à l'hôpital Saint-Louis, les mardis, jeudis et samedis, à 2 heures, après la consultation externe, à partir du mardi 5 février 1901.

Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts. — Les médecins de la Clinique des Quinze-Vingts commenceront, le mardi 12 février 1901, des leçons cliniques et théoriques, qui auront lieu dans l'ordre suivant : Mardi, à 1 h. 1/4, M. le Dr Trousseau, thérapeutique oculaire externe. Mercredi, à 1 heure, M. le Dr Kalt, chirurgie oculaire. Jeudi, à 2 heures, M. le Dr Dubief, Démonstration d'anatomie pathologique et de bactériologie. Vendredi, à 2 heures, M. le Dr Valude, clinique ophthalmoscopique. Présentation de malades. Samedi, à 2 heures, M. le Dr Chevallereau, médecine légale oculaire. — Consultations et opérations à 1 heure.

Hopital Saint-Antoine. — *Conférences de radiologie médicale.* — M. le Dr A. Béclère, le Dimanche à 10 heures du matin (salle de conférences de l'hopital); nouvelle série de *huit conférences* sur les *premières notions de radiologie*, indispensables à la pratique de la Radioscopie et de la Radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades. — *Exercices pratiques de Radiographie.* Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du Dr Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine, tous frais compris.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Pr Raymond : *Clinique des maladies du système nerveux.* Mardi et vendredi, à 10 heures. — M. le Dr Jules Voisin : Conférences sur les maladies mentales et nerveuses, les jeudis, à 10 heures du matin.

Hopital de la Charité (Amphithéâtre Potain). — M. le Dr Maygrier, agrégé : *Leçons cliniques d'obstétrique*, jeudi à 10 heures.

Hopital de la Pitié. — M. le Dr Albert Robin, le mercredi à 9 heures et demie, dans l'amphithéâtre des cours de la Pitié : leçons de clinique thérapeutique. — Objet du cours : Maladies organiques de l'estomac.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc.) — *Service de* M. le Dr P. Marie. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

Clinique d'accouchements et de gynécologie (Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas.) — M. le Pr Budin. — Mardi et samedi à 9 heures du matin.

Asile clinique (Sainte-Anne). — M. le Pr Joffroy : Cours de clinique des maladies mentales, lundi et vendredi à 2 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Roux (J.). — Diagnostic et traitement des maladies nerveuses. In-16 cartonné de XIII-553 pages, avec 65 fig. — Prix. 7 fr. 50

Librairie BOYER, 15, rue Racine.

Fischer (H.). — *Vade mecum* de thérapeutique chirurgicale des médecins praticiens. In-18 cartonné de 328 p. — Prix. 4 fr. 50

Librairie CARRÉ et NAUD, 3, rue Racine.

Escat (E.). — Maladies du pharynx : Traité médico-chirurgical. In-8 relié de X-576 pages, avec 150 figures. — Prix 16 fr.
Petit (P.). — Anatomie gynéocologique. In-8 relié de VIII-212 pages, avec 32 figures. — Prix . . . . 16 fr.
Pujade (P.). — La cure pratique de la tuberculose. In-12 de XX-370 pages.
Triboulet (H.) et Mathieu (F.). — L'alcool et l'alcoolisme. (Notions générales. Toxicologie et physiologie. Pathologie. Thérapeutique. Prophylaxie.) In-8 de 254 pages cart. — Prix. 5 fr.

SOCIÉTÉS D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES 4, rue Antoine-Dubois.

Barnay (M.). — Alcaloïdes usuels. (Alcaloïdes, glucosides et principes actifs tirés du règne végétal). In-18 de 364 pages. — Prix. 6 fr.
Chiais (F.). — La goutte à Évian-les-Bains. Étude du mode d'action de l'eau de la source Cachat sur l'acide urique et les corps voisins. In-8 de 46 pages.
Israel (J.). — Chirurgie du rein et de l'uretère. Traduit par G. Rodriguez. Avec une préface du Dr Albarran. In-8 de 210 pages, avec 2 planches en couleurs et 2 gravures. — Prix. 7 fr. 50
Redier (J.). — Traité théorique et pratique de la carie dentaire. In-8 de 340 pages, avec 44 figures. — Prix . . . 7 fr.
Vidal (L.). — Les certificats médicaux légaux usuels. Guide pratique et raisonné. In-18 de IV-118 pages. — Prix . . 3 fr.

Eugène FASQUELLE, éditeur, 11, rue de Grenelle.

Strauss (P.). — Dépopulation et puériculture. In-18 de 308 pages. — Prix . . . . 3 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 7. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 16 FÉVRIER 1901.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

Atrophie optique traumatique (1).

Par M. Alphonse PÉCHIN.

La cécité par lésion du nerf optique dans le canal optique, à la suite de traumatisme du crâne ou des bords orbitaires, est bien connue : Berlin (2), Callan (3), Agella (4), Dor (5). Le traumatisme détermine une fracture qui va jusqu'au canal optique.

Le nerf optique se trouve lésé dans cette fracture par le même mécanisme qui détermine la lésion de la sixième paire dans les fractures de la base du crâne et qui passe par le bec du rocher.

Dans certains, il y a contusion du globe oculaire, sans que le traumatisme intéresse directement le rebord orbitaire ou les divers éléments anatomiques contenus dans l'orbite. L'œil seul est lésé, contusionné ; il s'agit le plus souvent de choc de l'œil par une bille, une balle à jouer, une pierre, etc... (Testelin) (6). Après cet accident, l'œil peut devenir amblyope ou complètement amaurotique par un mécanisme discuté et dont je n'ai pas à m'occuper ici, ce genre de traumatisme sortant de mon sujet.

Il y a une distinction à établir entre les cas de cécité dus à la lésion du nerf optique par fracture du canal optique, quel que soit le point du crâne ou des parois de l'orbite sur lequel le coup ait porté, et d'autres cas qu'on pourrait confondre avec eux et qui doivent en être soigneusement séparés.

C'est d'un de ces derniers cas que je désire vous entretenir aujourd'hui.

OBSERVATION PERSONNELLE I. — Un jeune garçon de quatorze ans et demi, apprenti grillageur, sortait le soir de l'atelier lorsqu'il s'aperçut avoir oublié sa coiffure. Il rentra, mais le gaz était fermé, la lumière éteinte. Sa connaissance des lieux lui permit cependant de se diriger. En se baissant pour prendre son chapeau, il ne prit pas garde à une baguette de fer plantée droite et qui encadrait un grillage sur le métier ; sa face heurta contre l'extrémité de cette tige. Voici un morceau de cette tige de fer; son extrémité est mousse, d'un diamètre de cinq millimètres. Immédiatement, douleur vive et perte de connaissance. Peu après, l'enfant revint à lui. A ce moment on remarqua que le traumatisme n'avait pas laissé d'autres traces qu'un peu de gonflement de la paupière supérieure et, détail très important à signaler, il n'y eut pas d'épitaxis. Le lendemain, une légère douleur persistait au niveau de l'angle interne des paupières et l'enfant constatait qu'il ne voyait pas de l'œil droit. Un confrère consulté à ce moment ne trouve aucune lésion externe, constate l'intégrité du fond de l'œil et de ses milieux, et croit en conséquence pouvoir rassurer la mère et le blessé sur les suites de l'accident.

A ce premier examen, j'attache une grande importance, car il a été fait par un distingué confrère. Donc, c'est à retenir ; à ce moment, dès le lendemain de l'accident, il n'y avait aucune lésion soit externe, soit interne.

Je vois l'enfant à ma clinique exactement quinze jours après Aucune lésion externe. Le globe oculaire, la conjonctive, les paupières, le rebord orbitaire, tout est intact. Mais l'œil est absolument amaurotique ; pas la moindre perception lumineuse, pas de phosphène. Reflexe lumineux très diminué, mais encore sensible ; quelques semaines plus tard. il était complètement aboli. Reflexe accommodateur conservé. Le reflexe consensuel existe. Pas de paralysie oculaire, l'œil et les paupières jouissent de la plénitude de tous leurs mouvements *La papille est absolument et complètement blanche.* Les vaisseaux ont leur volume normal. Les milieux de l'œil sont d'une transparence parfaite. Emmétropie des deux côtés. A gauche V = I.

En résumé, il s'agit d'un traumatisme orbitaire qui a déterminé instantanément la perte de la vision par lésion du nerf optique. Seule la deuxième paire a été touchée ; le globe oculaire n'a pas été atteint, ses membranes sont intactes.

Cette action élective, limitée du traumatisme dans la cavité orbitaire ou tant d'autres éléments pouvaient être intéressés, donne à cette observation son côté intéressant, sa note caractéristique. Et si l'on ajoute à cela la pathogénie de l'amaurose, de la lésion du nerf optique, on aura retiré de ce fait tout l'intérêt et tout l'enseignement qu'il peut donner.

(1) Mémoire lu au *XIIIe Congrès international*, Paris, 1900. *Section d'ophtalmologie.*
(2) Berlin et Holder. *Congrès d'opht.*, Heidelberg, 1879.
(3) A. Callan. — *Nine cases of orbital traumatism resulting in immédiate monocular blindness through fracture into foramen opticum.* (New-York, Eye and Ear.) *Infirmary Reports.* Vol. I, Part. I, January 1893.
(4) Agella. *Annali di ottalmologia*, Année XXII, fasc. 6.
(5) Dor. — *Société des Sciences médicales de Lyon*, mai 1895.
(6) Testelin. — *Congrès d'opht.*, Heidelberg, 1895,

Le point principal à retenir est qu'un traumatisme par pénétration dans l'orbite d'un corps vulnérant peut déterminer instantanément la cécité par une lésion du nerf optique, sans troubles ophtalmoscopiques immédiats, lésion qui se traduira par l'atrophie de la papille dans un délai de moins de quinze jours, puisqu'à cette date l'atrophie paraissait complète et en rapport avec l'amaurose absolue.

Voici quelques observations qui présentent avec la mienne la plus grande analogie ; ce sont les seules que j'aie pu trouver dans une bibliographie qui remonte assez loin. Dans quatre observations rapportées par M. Debierre, médecin aide-major de 1re classe, il s'agit de coup de fleuret dans l'orbite, accident qui ne doit pas être d'une excessive rareté dans les salles d'armes.

Observation II (Debierre) (1). — Il s'agit d'un moniteur qui reçoit le 18 janvier 1880, dans un assaut d'armes, un coup de fleuret boutonné. Contusion du grand angle de l'œil droit. Douleur immédiate très vive. Perte instantanée et complète de la vision de ce côté; gonflement inflammatoire de l'œil. Globe oculaire volumineux; conjonctive rouge, injectée, œdématiée ; tissu sous-conjonctival infiltré de sang, chémosis considérable, douleurs vives. Pas de plaie perforante de la conjonctive. Sclérotique intacte. Vision tout à fait abolie. A la pression du globe on détermine l'apparition des phosphènes qui, au bout d'une quinzaine de jours, commencent à disparaître et bientôt cessent complètement. Au bout de deux jours apparaît une ecchymose à la paupière inférieure; elle s'accentue de jour en jour et envahit toute la région malaire. Dans les premiers jours, violentes douleurs périorbitaires qui empêchent tout repos. Peu à peu, l'œil reprend son aspect normal, mais la vision est et reste complètement abolie. Immédiatement après l'accident, la papille est trouvée saine, mais bientôt disparition des zones de la papille qui prend progressivement une coloration blanc nacré. Pas d'hémorragies ; pas de décollement de la rétine ; aucun trouble des milieux ; aucune déchirure des membranes de l'œil. L'atrophie optique a commencé quinze jours après l'accident ; elle est complète six semaines après. L'auteur ajoute que le bouton du fleuret a glissé en éraillant la conjonctive bulbaire et a buté sur l'angle interne et inférieur de l'orbite. Il admet la simple contusion du globe, sans plaie.

Observation III (Debierre). — R... reçoit un coup de fleuret boutonné dans l'angle externe de l'œil droit. Douleur immédiate très vive. Rougeur et gonflement de la conjonctive du côté externe de l'œil ; léger épanchement sanguin sous la conjonctive. Chémosis externe. Pas de plaie. Vision subitement et complètement abolie. Les phosphènes, d'abord nettement perçus, disparaissent peu à peu en commençant par le phosphène nasal, cessent au bout d'un mois. Atrophie papillaire totale et progressive ; elle est complète en un mois et demi. A l'ophtalmoscope aucun trouble du fond de l'œil au début.

Observation IV (Debierre). — D..., coup de fleuret dans l'œil droit pendant une leçon d'escrime. Le coup porte dans l'angle externe. Douleur peu accentuée. Conjonctive un peu hypérémiée. Léger épanchement sanguin sous la conjonctive, chémosis léger. Pas de déchirure de la conjonctive. Il y a simple contusion du globe. Pas de plaie. Le fond de l'œil est constaté sain aussitôt après l'accident. Il en est encore ainsi au bout de six jours. Et la vue est et reste intacte.

Je ferai remarquer que, dans ce cas, la vision n'a pas été compromise, et que le coup de fleuret a porté dans l'angle externe. Dans l'observation III, le coup a porté également dans l'angle externe et la cécité est survenue. Il n'y a pas lieu, toutefois, d'insister sur cette immunité de la vision lorsque le traumatisme a porté dans l'angle externe, car la même immunité peut se rencontrer lorsque le coup de fleuret a porté dans l'angle interne, témoin le cas suivant :

Observation V (Debierre). — H..., coup de fleuret dans l'angle interne de l'œil droit. Plaie contuse avec déchirure de la conjonctive oculaire et éraillure de la sclérotique. Le choc fit voir à cet homme « mille chandelles » (*sic*). La vision de l'œil contusionné est entièrement conservée. Rien à l'ophtalmoscope.

Après la relation de ces quatre observations, l'auteur se borne à constater la difficulté d'expliquer le mécanisme de ces sortes d'atrophie, et émet, sans la discuter, l'hypothèse d'une hémorragie rétro-oculaire, quoiqu'il n'ait jamais fait mention d'exophtalmie.

Observation VI (Just). — Déjà en 1873, Just (1) publiait l'observation d'un ouvrier qui s'enfonça accidentellement un poinçon dans l'angle interne de l'œil droit. Perte subite de la vue de ce côté. Trois jours après, on constate un gonflement des paupières et la déviation de l'œil en dehors. Plaie au niveau du droit interne. Pas de lésion de la cornée, papille moyenne, noire, immobile. Cécité complète. Pas d'altération des membranes, ni des milieux de l'œil. A l'examen ophtalmoscopique, on constate que tout le fond de l'œil est blanc et brillant; sur ce fond blanc, les vaisseaux rouges apparaissent avec des contours bien distincts ; toute trace de délimitation entre la papille et la rétine a disparu.

Observation VII (Lawson) (2). L'observation suivante de Lawson démontre nettement la lésion du nerf optique par le corps vulnérant qui pénètre dans l'orbite. Il s'agit d'un homme qui reçoit un coup de couteau qui traverse la paupière supérieure et atteint le nerf optique sans toucher le globe oculaire. Papille dilatée, insensible à la lumière. Globe oculaire intact. Atrophie de la papille.

Observation VIII (Vossius) (3) — Ici le traumatisme est sensiblement le même. A la suite d'un coup de feu, une chevrotine pénètre au niveau du grand angle de l'œil. Hémorragie abondante. Amaurose suivie d'atrophie du nerf optique. Probablement blessure du nerf optique.

Observation IX (Gorecki et Girard) (4). — Morceau de bois pénètre dans le grand angle de l'œil. Hémorragie. Plaie de la paupière de un demi-centimètre à l'angle interne de la paupière supérieure. Vue intacte; elle est restée telle pendant quatorze jours. A cette époque, elle se troubla pour se perdre tout à fait par atrophie optique. La pupille ne parut décolorée que vingt-neuf ou trente jours après le début de l'accident. Pendant tout ce laps de temps, douleurs orbitaires, œdème palpébral, chémosis, légère exophtalmie, écoulement de pus par la plaie. Orifice fistuleux à l'endroit de la blessure ; le trajet fistuleux mesure quarante-huit millimètres. Suppuration modérée malgré les injections antiseptiques.

Les observations suivantes de Siméon Snell (5) méritent d'être rapportées. Je les résume.

Observation X (Siméon Snell). — Homme de 27 ans. Coup de pioche dans l'œil gauche. Perte immédiate de la vue. Pas de perception lumineuse. Un peu d'œdème de la paupière et large rupture de la conjonctive qui fut suturée. L'extrémité de l'outil blessa la paupière supérieure, déchira la conjonctive et pénétra dans l'orbite entre le droit supérieur et le droit interne. Paralysie du droit externe. Papille décolorée. Ceci se passait en mars 1883. En février 1884, papille blanche et atrophiée. La paralysie du droit externe a disparu ; le mouvement en dehors s'exécute normalement, il est revenu graduellement

(1) Debierre. — *Archives de médecine et pharmacie militaires*, 1883, pages 150 et suivantes.

(1) Just. — *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1873.
(2) Lawson. — *The Lancet*, 8 janvier 1875.
(3) Vossius — *Klin. Monatsb. für Augenh.*, 1883.
(4) Gorecki et Girard. — *Société d'opht. Paris*, 4 fév. 1890.
(5) Simeon Snell. — *A Series of cases of optic atrophy following injury chiefly of the anterior part of the head. Transactions of the ophtalmological Society of the Kingdom.* Vol. XVII, p. 81 et suiv.

dans les deux derniers mois. Dans ce cas, il s'agit d'une lésion directe du nerf optique.

Observation XI (Siméon Snell). — Garçon de 12 ans vient à l'hôpital le 24 octobre 1888. Six jours avant, coup de fourche à la face. Une dent de la fourche (fourche destinée à ramasser de la paille) traverse la paupière inférieure droite, un peu au-dessous de la commissure externe. Le blessé retire lui-même cette dent de fourche. Hémorragie très légère. La blessure n'est presque pas douloureuse. Le malade s'aperçoit le lendemain qu'il est aveugle de l'œil droit. Légère ecchymose de la paupière inférieure. La papille pâle et décolorée devient bientôt définitivement blanche. L'auteur ajoute : « la dent de fourche paraît avoir perforé la paupière inférieure, passé sous le globe oculaire et blessé le nerf optique.

Dans ces deux observations, on notera que tout d'abord la papille parut saine, la décoloration papillaire n'apparut qu'au bout de quelques semaines, ce qui permet d'affirmer que le siège de la lésion était dans la partie orbitaire du nerf optique la plus reculée, en arrière du point de pénétration de l'artère de la rétine dans le nerf optique.

Observation XII (Siméon Snell). — Un jeune garçon tombe sur un morceau de bois qu'il tenait dans la main. Cet accident arrive le 19 avril 1887. Le bois perfore la paupière supérieure gauche juste au-dessus du bord. Le corps étranger est retiré aussitôt par une autre personne. Le lendemain, le malade se présente à Rotherham Hospital. Paupière supérieure œdématisée. L'œil paraît intact. Au-dessus du bord marginal, petite plaie. L'œil est fermé ; deux jours plus tard, le ptosis persiste encore. Mydriase. Pas de réflexe lumineux. Paralysie complète de la troisième paire. Disque papillaire intact. Le 9 mai, disque papillaire un peu pâle. La paralysie de la troisième paire diminue progressivement et, le 5 juin suivant, le patient peut relever tout à fait la paupière. Les mouvements en dedans, en haut, en bas se font partiellement ; la mydriase a diminué et les réflexes papillaires deviennent apparents. Le 3 novembre suivant, la paralysie de la troisième paire a complètement disparu. Le disque optique est tout à fait blanc. Pas de diminution du calibre des vaisseaux. L'amaurose est presque absolue. Les quatrième et sixième paires sont intactes (1).

Je relève dans cette observation la paralysie de la troisième paire qui disparut au bout de sept mois. Déjà dans l'observation X, nous avons constaté la paralysie du droit externe qui subsista presque un an et disparut progressivement pendant les deux derniers mois.

Ainsi voilà douze observations qui démontrent qu'à la suite d'un traumatisme résultant de la pénétration dans l'orbite d'un corps vulnérant (tige de fer, extrémité de fleuret boutonné, poinçon, couteau, chevrotine par coup de feu, extrémité de pioche ou de dent de fourche, morceau de bois) peut survenir et survient le plus souvent (deux fois seulement la vision ne fut pas atteinte, obs. IV et V) une atrophie optique avec perte complète de la vision. Selon la nature du corps vulnérant, on peut avoir des lésions externes, œdème palpébral, ecchymose, plaie des paupières, hémorragie, chémosis, plaie de la conjontive, ecchymose sous-conjonctivale. Dans certains cas (obs. VI, X, XII), les accidents se compliquent de paralysie oculaire, mais la lésion principale et caractéristique est la cécité, immédiate le plus souvent, sans lésion ophtalmoscopique au début, la décoloration papillaire ne survenant que plus tard, et s'accusant de plus en plus pour aboutir progressivement à l'atrophie optique complète.

Tout à fait au début, alors que l'accident est récent, on pourra, en raison de l'absence de lésions ophtalmoscopiques, se demander si l'on a affaire à une lésion organique, ou bien à une amblyopie ou une amaurose hystérique. Il faut reconnaître que les accidents oculaires dus à l'hystéro-traumatisme peuvent rendre ce diagnostic différentiel difficile. Une lésion concomitante du nerf nasal ou frontal créant des troubles de la sensibilité, des ecchymoses palpébrales et conjonctivales, des lésions du trijumeau, la névralgie faciale hystérique pouvant s'accompagner d'hémorragies externe et interne du globe oculaire (Gilles de la Tourette) (1), la limitation dans les mouvements oculaires due à la paralysie ou à la contracture, tous accidents pouvant relever de l'hystérie, pourront parfois créer des difficultés telles que tout diagnostic ferme sera impossible au début. Mais l'incertitude ne sera pas de longue durée, car ne tarderont pas à apparaître la décoloration et l'atrophie papillaire. Il est bien difficile d'admettre, pour expliquer la pathogénie, le mécanisme de cette atrophie optique, que le nerf est lésé dans le canal optique. Je l'ai dit au début de ce travail, je distrais soigneusement ce mécanisme de celui qui détermine l'atrophie optique par lésion du canal optique consécutive à une fracture qui intéresse ce canal. Les traumatismes du crâne ou des parois de l'orbite, déterminant des fractures qui passent par le canal optique, constituent une classe de traumatisme à part. Et pour mon cas particulier, il ne saurait être question de ce processus. Je dois à l'obligeance de M. H. Rieffel, chirurgien des hôpitaux de Paris et chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine, d'avoir pu m'assurer expérimentalement que la tige de fer, cause de l'accident, ne peut déterminer une fracture de la région interne de l'orbite, fracture qui se prolongerait par la paroi interne de l'orbite jusqu'au canal optique. Et d'abord, dans les cas de traumatisme du bord orbitaire supérieur où ce processus a été admis, on a constaté des lésions externes concomitantes en rapport avec l'intensité du traumatisme ; or, chez notre malade, il n'y avait aucune lésion externe. En appliquant l'extrémité de la tige dans l'angle interne des paupières, on arrive, en frappant sur cette tige avec le marteau en plomb ou le maillet, à déterminer presque toujours, et très facilement, l'enfoncement des cellules ethmoïdales, enfoncement qui ne se produisait pas chez le vivant sans entraîner une épistaxis abondante. Or, il n'y a pas eu chez ce malade le moindre écoulement sanguin par les narines.

Je ne pense pas non plus qu'on puisse admettre que le traumatisme ait exercé par sa violence une traction sur l'œil telle, qu'il y aurait eu rupture du canal optique. Pareille traction ne va pas, ce me semble, sans des lésions orbitaires ou oculaires facilement constatables. Or, il n'y a eu ici ni hématome orbitaire, ni exophtalmie, ni lésion externe.

On ne s'explique pas qu'une hémorragie orbitaire puisse amener une atrophie optique. Et d'ailleurs rien ne prouve qu'il y ait eu hémorragie. Eût-elle existé, que la résorption de l'épanchement a dû se faire, et par suite a dû cesser la compression du nerf.

J'admets par contre que le corps vulnérant pénètre le long de la paroi interne de l'orbite. Cette pénétration peut se faire sans lésion externe, grâce à l'élasticité des tissus; elle est facilitée par la surface de cette paroi qui est plane et parallèle à un plan médian, bien différente en cela de la paroi externe qui va obliquement

(1) Je remercie M. le Dr Bull qui a bien voulu m'aider dans la traduction du travail de Siméon Snell.

(1) Gilles de la Tourette. — *Traité clin. et thérap. de l'hystérie*, Paris, 1891.

de dedans en dehors et fait avec ce plan médian un angle très ouvert. En pénétrant entre la paroi interne et le globe oculaire, le corps vulnérant force le passage, luxe l'œil en dehors brutalement; cette luxation, cette rotation forcée détermine une élongation du nerf optique ; ce dernier devient ainsi une corde tendue sur laquelle le corps pénétrant peut venir buter, augmentant ainsi les méfaits de l'élongation par un traumatisme direct.

Et l'on pourra généralement inférer que le siège de la lésion est en avant ou en arrière du point de pénétration de l'artère centrale rétinienne dans le nerf, de ce que la décoloration papillaire sera immédiate ou tardive. Dans le cas qui nous occupe, la lésion ne serait pas éloignée du globe oculaire, car en moins de quinze jours l'atrophie était complète. Ce fut un processus atrophique rapide.

Les paralysies oculaires s'expliquent par ce même mécanisme d'élongation et de traumatisme direct et, selon l'intensité de ce traumatisme, il y aura ou non retour à l'état normal. La paralysie oculaire peut être due également à une contusion directe du muscle (obs. VI).

Telle est l'étude qui m'a été suggérée par ce cas d'amaurose par atrophie optique traumatique. Et je conclus :

1° Après un traumatisme par pénétration d'un corps étranger dans l'angle interne de l'œil et aussi dans l'angle externe (obs. III), alors que ce corps étranger ne reste pas dans l'orbite, et même sans lésion apparente, ni externe ni interne, on doit formuler les réserves les plus expresses pour le pronostic ;

2° Une amaurose complète, même non accompagnée de lésions ophtalmoscopiques, devra faire craindre une lésion grave du nerf optique, qui se traduira dans un délai difficile à préciser, mais le plus souvent court, par une décoloration, puis par une atrophie optique progressive ;

3° Cette atrophie optique peut s'accompagner de paralysie oculaire dont le pronostic est en rapport avec l'intensité de la lésion du muscle ou du nerf qui l'innerve ;

4° Au début, le diagnostic différentiel avec des accidents dus à l'hystéro-traumatisme, ou avec la simulation, peut présenter de réelles difficultés qu'il importera d'autant plus de résoudre qu'à la question du diagnostic pourra s'adjoindre une question médico-légale ;

5° Cette atrophie optique doit être différenciée de l'atrophie optique consécutive à la fracture du canal optique, cette dernière consécutive elle-même à une fracture de la base du crâne ou de la voûte de l'orbite.

Elle est due à l'élongation du nerf optique, élongation qui peut se compliquer de traumatisme direct du nerf optique.

NOUVEAU JOURNAL MÉDICAL. — Un nouveau journal, la *Fédération médicale*, va paraître, il aura pour but de combattre le rabais sur la spécialité et de prouver que les procédés commerciaux actuels sont une cause de ruine et de déchéance professionnelles, aussi bien pour les médecins que pour les pharmaciens de détail. Nous lui souhaitons bonne chance et grand succès dans cette tâche ardue.

LE COUT D'UN CRACHAT. — Un employé de banque, de New-York, nommé Henry Nierman, a été condamné à 50 francs d'amende, pour avoir craché par terre dans un vagon du Métropolitain, contrairement aux nouveaux règlements sanitaires en vigueur. Celui qui avait porté plainte contre lui était un avocat distingué de San-Francisco. (*Le Français.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'inspection médicale des Ecoles primaires à Paris (*suite*) (1).

Le *rôle actuel* du médecin-inspecteur est bien plus effectif qu'il n'apparaît. Ce sont, au minimum, deux visites mensuelles et autant de fois « qu'il en sera requis par le Maire ou l'Administration préfectorale » (2). Ainsi, par cette simple et unique insinuation, l'inspection médicale est virtuellement *permanente*, et il ne dépend pas du médecin que les visites ne soient plus nombreuses. Pour légitimer son rôle, on ne peut pourtant lui demander de souffler des épidémies, pas plus que la Ville de Paris ne doit regretter les sacrifices énormes qu'elle consacre à ses pompiers, parce qu'il n'y a pas que des incendies. En outre, le médecin doit inspecter les classes, examiner les élèves, nous ne dirons pas, toujours en fins détails, en raison d'empêchements divers (3), et aussi parce que les circonscriptions médicales sont actuellement surchargées, mais d'un œil assez circonspect pour saisir, suivre ou éliminer tout cas contagieux ou suspect, et s'arrêter à toute anomalie qui se présente au moment de la visite (4). De plus, le médecin-inspecteur est souvent triplé d'un délégué cantonal et d'un père de famille, parce que les Maîtres et Maîtresses lui signalent souvent les enfants sales, turbulents ou paresseux, et que partout où il peut être utile, il n'est pas dans les usages d'un médecin de décliner son incompétence. Nous ignorons si jamais des confrères, à l'esprit trop exclusif, ont limité tous leurs efforts à leur signature et à l'émargement, au point d'oublier leurs autres attributions (5). Mais on pourrait savoir que l'exception est, par antithèse, une règle immuable dans toute la nature ; que la corporation médicale, dégagée de la veulerie contemporaine, est, dans la plupart des cas, à la hauteur de ses rôles ; et qu'en définitive, il serait à la fois injuste, inhabile et nuisible à la chose publique, de saisir avec empressement l'exemple de ceux qui font mal, pour atteindre ceux qui font bien.

Par malheur, le rôle du médecin reste le plus souvent effacé, sans autres témoins que la conscience de l'acteur et qu'un nombre limité d'observateurs impartiaux. C'est le cas du médecin-inspecteur des Ecoles, dont la fonction ne peut être appréciée que si l'on veut bien l'étudier de près, attendu qu'elle ne laisse pour toute trace sensible que des rapports officiels, à questionnaire uniforme, qui ne la reflètent que très imparfaitement.

Bien pis, il est certaines questions du rapport qui desservent en permanence le médecin-inspecteur. Celui-ci, par exemple, doit écrire son appréciation sur

(1) Lire *Progrès Médical*, 2 février 1901, p. 79.

(2) Arrêté du 15 décembre 1883, art. 10.

(3) Lire : Rapport du Dr Tolédano, au nom de la Société des médecins-inspecteurs des écoles (*France médicale*, 1892, n° 24).

(4) Les médecins-inspecteurs des Ecoles n'ont pas besoin d'un article de règlement pour s'intéresser aux trichophytes, quoi qu'en pense M. Maurice Pignot (Hygiène publique et prophylaxie des teignes tondantes, *thèse inaug.*). L'auteur exprime plusieurs erreurs de faits et de logique au point de vue de l'inspection médicale des écoles, si bien qu'il nous apparaît surtout comme un très fervent et partial apologiste du laboratoire Lailler, à l'Hopital Saint-Louis.

(5) Séance du Conseil municipal du 8 décembre 1886. Rapport de M. Navarre, au nom de la quatrième commission (déc. 1887).

l'état *d'entretien des lieux* (préaux, classes, escaliers, vestibules, etc.), et sur l'*éclairage*, le chauffage et la *ventilation*. Or, le médecin se trouve d'abord en présence d'un fait acquis, c'est-à-dire d'un groupe scolaire pour la construction duquel on ne l'a jamais consulté. Ensuite, et quelle que soit l'éventualité qui se présente ; que l'école soit vieille ou neuve ; que les améliorations réclamées par le médecin soient obtenues promptement, tardivement ou pas du tout ; dans tous ces cas, il arrive nécessairement, en raison du caractère permanent de l'état quelconque des lieux, que le médecin se trouve condamné à reproduire comme réponse à ces questions, cela deux fois par mois et pendant x années, ces mots fatidiques : *même état*. Et si, par malheur pour le médecin, l'état sanitaire des écoles est excellent, il se livrera lui-même, pieds et poings liés, par ses propres formules : *même état*, *rien à signaler*. Ces mots expriment pourtant des opinions, lesquelles peuvent impliquer des investigations minutieuses ; n'empêche qu'ils permettraient à des observateurs pressés ou prévenus, de conclure à la négligence du médecin. Et celui-ci n'est jamais invité par la délégation cantonale à développer lui-même ses rapports, et cette commission élective peut être exclusivement composée de citoyens des plus distingués et dévoués, mais étrangers à la médecine.

D'autre part, il n'est aucune des questions imprimées sur le rapport qui permette au médecin de consigner les cas intéressants, quoique *non contagieux*, constatés par lui chez des enfants. Ce serait pourtant un moyen péremptoire d'apprendre que le médecin-inspecteur passe dans les classes, en même temps qu'une source d'informations dont le moindre avantage serait d'être prises directement par un homme compétent, c'est-à-dire d'être *réelles*. Par contre, on demande au médecin-inspecteur, « quel est le nombre d'enfants qui se trouvaient absents pour cause de maladie » au moment de sa visite et « quelle est la nature des maladies qui paraissent dominer parmi ces enfants? » Or, le médecin ne peut que reproduire les renseignements qu'il tient du personnel enseignant, lequel les tient des familles des enfants, parfois par l'intermédiaire de ceux-ci. Ce ne sont plus des informations, au sens scientifique du mot ; puisque, même en cas d'affections contagieuses hors l'école, on transmet au Directeur ou à la Directrice l'avis *verbal* et non le *certificat* du médecin traitant : ce peut être de simples racontages, issus d'erreurs ou de mensonges. Le palliatif *immédiat*, c'est-à-dire avant toute réorganisation définitive (1) serait de réserver aux Directeurs et Directrices *seuls* le soin d'adresser à la municipalité ce genre de renseignements plutôt *administratifs*, et de délivrer complètement le médecin d'une inutile complicité.

Conclusions. Ainsi, même dans l'état actuel, provisoire depuis plus de dix ans, le rôle du médecin-inspecteur est important, mais trop méconnu. C'est une raison de plus pour souhaiter ardemment un système définitif qui mette ce rôle en relief, en assurant au médecin une autorité qu'il n'a pas du fait du manque de sanction à ses critiques ; à moins de rencontrer des municipalités et des délégations, foncièrement dévouées et tenaces comme nous en connaissons, et grâce auxquelles un médecin, tenace aussi, très patient, parfois rusé, peut encore, de temps en temps, obtenir quelque chose pour le bien des écoles.

Dès maintenant, les modifications suivantes pourraient être apportées, à titre provisoire :

1° Demander au médecin-inspecteur, un état de lieux (entretien, éclairage, ventilation, etc.) *annuel* et non bi-mensuel, et aussi comme *première visite* dans une école. Exception faite pour la propreté (cabinets, etc.) qui doit être appréciée chaque fois ;

2° Établir un *roulement* entre les médecins-inspecteurs, c'est-à-dire les faire changer d'école, soit tous les trois ans. Ce qui permettrait d'obtenir des renseignements variés, et précieux par leur variété même ;

3° Laisser une place dans le rapport bi-mensuel pour les cas morbides particuliers, quoique non contagieux ni graves, constatés chez certains enfants ;

4° Supprimer de ce rapport la question relative aux absences pour maladies, comme colportage de renseignements verbaux, c'est-à-dire sans contrôle, et partant sans valeur médicale. Paul Cornet.

(1) A notre avis, un nouveau projet devrait prévoir le droit, pour le médecin-inspecteur, de controler à domicile les cas suspects, à moins d'un certificat du medecin traitant. Le Dr Paul Richard est opposé à ce controle, pour des motifs que nous ne partageons pas. (*Du médecin-inspecteur des Ecoles*, 1888, p. 18).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 février. — Présidence de M. F. Guyon.

Vomito negro appendiculaire.

M. Dieulafoy rapporte plusieurs faits fort intéressants d'hématémèses au cours de l'appendicite. Ces hématémèses, toujours très graves, sont dues à des ulcérations de l'estomac, d'origine toxi-infectieuse. La même complication a parfois été observée dans l'étranglement herniaire, comme le montre un fait de M. Duplay.

L'appendicite, conclut M. Dieulafoy, n'est donc pas une maladie purement locale. *Ne voir dans l'appendicite qu'une menace péritonéale, c'est ne connaître qu'un des côtés de la question.* Ce qui est à redouter dans l'appendicite, ce n'est pas seulement la péritonite, c'est encore l'infection et l'intoxication de l'économie dues au foyer appendiculaire. Le danger n'est pas seulement à l'appendice et au péritoine, *il est partout*. On a publié et j'ai publié bon nombre de cas concernant des appendicites sans péritonite ou à péritonite à peine ébauchée, et cependant les malades opérés trop tard ont succombé, infectés et intoxiqués par leur foyer appendiculaire. Dans quelques publications récentes, dans certaines discussions, on s'occupe trop exclusivement de l'évolution *locale* du mal ; on escompte le bon vouloir de l'appendicite ; on attend pour intervenir qu'elle soit *refroidie* ; on suppose qu'elle voudra bien attendre sans encombre, le sixième ou le septième jour, date fixée par l'opérateur, et pendant que l'observateur est là, hypnotisé par l'évolution locale du mal, les agents infectieux et toxiques partis du foyer appendiculaire ont pénétré sans bruit dans l'économie et le drame se prépare. On opère, mais il est trop tard. Souvent, après une violente poussée initiale, l'appendicite semble rentrer dans son repos ; ne vous y fiez pas ; ce n'est là qu'une apparence ; bientôt vont éclater des complications terribles : infection purulente du foie, infection putride de la plèvre, gangrène du poumon, urobilinurie, ictère grave, albuminurie, oligurie, anurie, urémie, symptômes méningitiques, exulcéra-

tions stomacales, hématémèses foudroyantes, etc. Voilà les résultats de la temporisation ! Si l'on veut bien, à l'avenir, envisager l'appendicite non seulement comme lésion locale à menace péritonéale, mais encore comme affection toxi-infectieuse à diffusion parfois rapide et terrible, on conviendra qu'il est plus indiqué que jamais de supprimer le foyer sans retard, avant qu'il ait lancé de tous côtés l'infection et le poison. C'est, du reste, la tendance générale, et là est la vérité. L'intervention hâtive devient la règle et, dans les familles où ces notions ont pénétré, on nous demande deux choses : un bon diagnostic et une prompte décision.

La macrodactylie.

M. Boinet (de Marseille) montre l'intérêt non seulement tératologique, mais pathologique, de la macrodactylie. Celle-ci, fréquente à l'adolescence, coïncide souvent avec d'autres hypertrophies. Elle est rarement héréditaire. Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, à droite qu'à gauche, au médius et à l'index qu'aux autres doigts. Elle existe comme difformité isolée dans la moitié des faits. La radiographie établit l'importance des lésions osseuses, surtout épiphysaires et montre leur rôle dans la déviation et l'incurvation habituelle des doigts atteints de la macrodactylie. La dissection a montré une hypertrophie de tous les tissus du doigt.

La mortalité en France de 1886 *à* 1898.

M. Henri Monod communique les renseignements démographiques recueillis de 1886 à 1898 dans les villes de plus de cinq mille habitants, dont l'ensemble représente à peu près exactement le tiers de la population. De ces chiffres, il ressort : 1° La diminution constante du taux de la natalité, compensé par une diminution, légèrement supérieure du taux de la mortalité ; 2° La constante immigration des campagnes vers les villes ; 3° La décroissance sensible de la mortalité par maladies épidémiques ; 4° La proportion, à peu près stationnaire, des décès dus à la tuberculose ; 5° Le taux considérable de la mortalité infantile.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 février 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Rasdioscopie abdominate et ascite.

M. Variot expose les indications diverses données par la radioscopie dans l'ascite. Il indique les causes d'erreurs qui peuvent provenir des chambres à air situées dans l'abdomen, dont la plus importante est l'estomac. Cet examen radioscopique permet de préciser le niveau d'un épanchement libre dans l'abdomen.

Intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë par perforation typhoïdique.

M. Ferrier cite trois observations de malades atteints de péritonite aiguë par perforation au cours de la fièvre typhoïde. Un de ces cas, opéré par M. Loison, est guéri, après avoir eu, un mois après son opération, une pleurésie purulente, opérée à son tour ; il est actuellement bien portant. Les deux autres malades moururent à la suite de l'opération. Il est important de poser le diagnostic de bonne heure et pour cela de bien connaître les symptômes de la perforation. Dans la période adynamique de la fièvre typhoïde, la péritonite peut passer inaperçue. L'hypothermie est fréquente à la suite de perforation, mais elle peut faire défaut. L'accélération du pouls est à noter comme symptôme, mais cette accélération peut être habituelle et n'être pas la conséquence de la complication. La douleur souvent n'est pas très vive, mais elle s'exagère par la palpation et la toux. La dysurie survient parfois ; la suppression des selles a aussi son importance diagnostique. L'augmentation très notable des globules blancs a encore été signalée. Aucun de ces symptômes n'est pathognomonique. La péritonite typhoïdique est d'un diagnostic plus difficile que les autres péritonites, les symptômes qui la révèlent sont des symptômes atténués.

M. Souques a observé un cas de perforation dans la fièvre typhoïde. Opéré après douze heures par M. Gosset, on dut réséquer une portion de l'intestin et la mort survint après quarante-huit heures.

M. Rendu fait remarquer que la difficulté du diagnostic de la péritonite par perforation, et de la péritonite par propagation au cours de la fièvre typhoïde, engage peu à conseiller l'intervention chirurgicale.

M. Siredey signale un cas où l'on crut à une perforation ; le chirurgien appelé refusa d'opérer, trouvant l'état trop grave. Le malade mourut, et à l'autopsie on ne trouva pas de perforation.

M. Merklen est opposé absolument à l'intervention chirurgicale. La guérison spontanée est possible, certaines autopsies l'ont démontré.

M. Legendre considère le diagnostic certain de la perforation comme impossible. L'intervention tant soit peu tardive est toujours fatale ; aussi ne croit-il pas qu'on puisse, à l'heure actuelle, conseiller l'intervention. Un de ses internes, M. Mauger, l'a démontré nettement dans sa thèse.

M. Guinon, qui a donné à M. Mauger trois observations pour sa thèse, ne conseille pas non plus l'intervention.

M. Joffroy insiste sur l'importance de la dysurie et de la suppression des selles dans le diagnostic de la perforation.

M. Ferrier n'admet l'intervention que lorsque le diagnostic est précis. C'est pour cela qu'il a tenu à insister sur les symptômes de la perforation. L'opération faite de bonne heure peut donner des résultats satisfaisants. M. Hartmann a cité la statistique d'un chirurgien américain qui, sur douze opérations, a obtenu cinq succès.

M. Vincent croit que, dans un très grand nombre de cas, la perforation intestinale tient aux mauvais soins donnés aux malades par les infirmiers. Il pense que l'agent le plus important de ces perforations est l'effort du malade pour aller à son bain ou pour remonter seul dans son lit.

M. Siredey n'admet pas l'opinion de M. Vincent, la perforation survient chez les malades les mieux soignés et même chez des malades très légèrement atteints.

M. Antony partage l'opinion de M. Siredey, il pense que c'est surtout l'imprudence alimentaire qui est la cause fréquente de la perforation.

M. Vincent signale des faits qui prouvent que son opinion n'est pas sans fondement.

J. Noir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 février 1901. — Présidence de M. Reclus.

Traitement du cancer par le sérum.

M. Reynier lit un rapport sur deux observations de tumeurs cancéreuses traitées par le sérum de Wlaëff.

M. Picqué a eu l'occasion de faire une résection du maxillaire supérieur par néoplasme ; une récidive étant survenue au bout de six semaines, le traitement de Wlaëff fut appliqué sans produire aucune espèce de résultat.

M. Tuffier fait remarquer que la plupart des phénomènes d'amélioration que donne le sérum de Wlaëff, se voyaient aussi avec le sérum de MM. Richet et Héricourt.

M. Rochard fait observer que cette amélioration se produit en effet après injection de tout sérum d'animal.

M. Terrier constate que l'échec du traitement spécifique ne doit pas faire diagnostiquer le cancer, car certaines lésions tertiaires ne guérissent pas sous l'influence du traitement.

M. Reclus a, sur un grand nombre de malades, essayé le traitement de M. Richet et il a constaté les améliorations dont parle M. Tuffier.

M. Monod pense qu'il faut, non pas rejeter absolument les conclusions de M. Reynier, mais essayer son traitement dans les services.

M. Reynier objecte à M. Tuffier que M. Wlaëff a essayé des injections de sérum d'animaux non immunisés et qu'il n'a jamais observé l'amélioration dont parle M. Tuffier.

M. Lucas Championnière ne partage point l'enthousiasme

de M. Reynier, et, d'après une conversation avec M. Ranu, tout sérum produit des effets à peu près analogues.

SCHWARTZ.

Prix à décerner en 1901. — (Séance annuelle de janvier 1902).

Prix Marjolin-Duval (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) : *de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année* 1901.

Prix Laborie (2.400 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Demarquay (700 francs). — Le sujet proposé est : *Des pleurésies purulentes enkystées.*

Prix Gerdy (2.000 francs). — Le sujet proposé est : *Anatomie pathologique du cancer de l'estomac envisagé au point de vue chirurgical.*

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la Faculté de chirurgie, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1901.

Prix à décerner en 1902. (Séance annuelle de janvier 1903).

Prix Marjolin-Duval ; *prix Laborie.* — Pour ces deux prix, voir les conditions ci-dessus.

Prix Ricord (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre société.

Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés. Pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay, ils seront anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la souscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres de candidat.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 février 1901. — PRÉSIDENCE DE M. BENI-BARDE

La séance est ouverte à 4 h. 30. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

M. PICQUÉ, à ce propos, demande une rectification. Il aurait « vu un grand nombre de cas de manie puerpérale disparaissant rapidement par une intervention sur les voies génitales et ressortissant nettement d'un état local génital ». Ce n'est pas là sa pensée, et il estime que tous les cas de psychose postpuérale ne sont pas justiciables d'intervention et si, dans certains cas, la psychose peut relever d'une lésion du col, la lésion locale est le plus souvent insuffisante à expliquer à elle seule l'apparition de la psychose.

M. LADREIT DE LACHARRIÈRE demande la suppression des commentaires au sujet du congrès des sourds-muets, insérés au procès-verbal de la dernière séance : on n'a pas discuté la loi de scolarité de 1882 et on n'avait pas à la discuter.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Revues et journaux habituels.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — 1° Lettre de M. le Dr FILARÈTOPOULO (d'Athènes), posant sa candidature au titre de membre correspondant étranger. Il envoie à la Société un exposé de ses travaux scientifiques, un article du « Journal des maladies cutanées et syphilitiques » sur un cas de *pemphigus aigu grave*, et un article du même journal *sur le traitement de la blennhorragie de l'homme dans la période aiguë et chronique.* Cette candidature est renvoyée à une commission composée de MM. Jullien, Buret et Monel, rapporteur. 2° Lettre de M. le Dr Blanchard, demandant s'il est possible de lui remettre un exemplaire de la médaille du Centenaire de la Société, contre le prix de revient, pour le Dr Brettauer, de Trieste. La Société y consent : M. R. Blanchard devra se mettre en rapport avec le trésorier. 3° Lettre adressée à la Société par la Préfecture de la Seine, énumérant les pièces que le Conseil d'Administration devra lui faire parvenir pour pouvoir toucher les 2.000 francs laissés par le regretté Dr de Beauvais. 4° Lettre de M. Pellier, demandant à être entendu relativement aux décisions que doit prendre la Société, en Comité secret, touchant une affaire délicate. La Commission nommée à cet effet consent, sur la demande du président, à surseoir jusqu'à la prochaine séance, à la lecture du rapport. Les conclusions seront lues le 23 février et M. Pellier pourra présenter ses observations ; si ce dernier est encore absent, il sera passé outre.

M. PICQUÉ rappelle à la Société la grande perte de la chirurgie française en la personne du célèbre maître lyonnais Ollier, et propose que la Société s'associe à tous ceux qui veulent perpétuer sa mémoire et élever au célèbre chirurgien un monument digne de lui.

M. JULLIEN appuie fortement cette motion, non seulement comme Lyonnais, mais comme admirateur d'Ollier, dont la réputation ne fut pas seulement locale, mais universelle.

M. LE PRÉSIDENT croit être l'interprète de la Société en envoyant son adhésion à cette proposition.

M. LEUDET lit son rapport sur la question adressée par M. Plicque : « Un sanatorium peut-il, en dehors de ses chambres d'isolement à un seul lit, accepter des tuberculoses ouvertes avec crachats bacillaires ? »

La question que nous adresse M. Plicque, médecin-chef du sanatorium d'Angicourt, est une des plus épineuses de la phtisiologie doctrinale et clinique.

« Un sanatorium peut-il, en dehors de ses chambres d'isolement à un seul lit, accepter des tuberculoses ouvertes avec crachats bacillaires? » Telle est la question à laquelle notre honorable confrère nous prie de répondre, et que je viens examiner devant vous, au nom d'une commission, composée de MM. Ladreit de Lacharrière, Beaulavon et Leudet, rapporteur.

Votre réponse serait facile et sans ambiguïté, si nous n'avions à consulter que le fait expérimental. D'après les recherches les plus récentes du laboratoire, le phtisique n'est pas seulement bacillifère par ses *crachats desséchés* qui, mêlés aux poussières, peuvent pénétrer dans nos bronches ; il l'est aussi par l'*air qu'il expire.* Quand il tousse, quand il éternue, quand il parle, il émet des gouttelettes microscopiques de salive, chargées de bactéries. Voilà le fait nouveau, qui multiplie les moyens de propagation et de transmission du bacille de Koch, et qui complique singulièrement le problème de la contagiosité et de la prophylaxie de la tuberculose.

Avec les données actuelles de la médecine expérimentale, je ne vois qu'un moyen d'échapper sûrement à tous les risques de la contagion ; c'est d'isoler le malade, de l'isoler toujours, non seulement pour sa préservation personnelle, mais aussi pour celle de son entourage. Puisque le tuberculeux, qu'il crache ou qu'il ne crache pas, que sa lésion soit ouverte ou fermée, expulse de son poumon un air chargé de bacilles, le *crachoir obligatoire* ne suffit plus, n'est plus une garantie; l'*isolement* s'impose.

Pour nous, médecins, la question est loin d'être aussi simple; elle ne se pose pas, pour nous, dans les mêmes termes que pour le physiologiste. Là, où l'expérimentateur à le droit d'être absolu et de généraliser, le clinicien a le devoir de spécialiser et de catégoriser. Sans doute, les expériences de Cornet, sur les poussières des chambres des phtisiques, sont probantes et ont été vérifiées par les faits. Les expériences de Flugge ne paraissent pas moins concluantes, lorsqu'elles montrent que des particules liquides, infiniment petites, invisibles, émises dans la toux, l'éternuement et la parole du poitrinaire, vont ensemencer des milieux de culture fertilisables, placés à telle ou telle distance de la bouche du malade. Mais ces conditions de passivité, de réceptivité, de fécondité d'un milieu ensemencé, que crée le physiologiste, et qui lui permettent d'être affirmatif, d'être absolu dans ses conclusions, existent-elles chez nos tuberculeux? les retrouvons-nous chez les gens bien portants? Tuberculeux et gens bien portants, sont-ils passifs, inertes, *égaux* devant la contagion? N'ont-ils pas des défenses naturelles ou artificielles, qui s'opposent plus ou moins à la pénétration, à l'implantation et à la propagation du microbe? Ne trouvent-ils pas aide et protection dans les moyens d'asepsie dont nous disposons?

Pour les empêcher de faiblir ou pour les relever, pour prévenir une connivence fatale ou pour créer un remontement efficace, ne sommes-nous pas là pour leur donner air, lumière, alimentation, repos physique et moral, secours de toute sorte, tirés de la thérapeutique hydro-minérale et pharmaco-dynamique?

Oui, des germes tuberculeux sont partout où respire un

phtisique, et menacent sans cesse de nous envahir. Mais si la semence tombe sur nous tous, germe-t-elle, fructifie-t-elle sur chacun de nous? Si nous sommes tous ensemencés, devenons-nous tous tuberculeux? N'y a-t-il pas, vis-à-vis de la maladie des terrains plus ou moins favorables? n'y en a-t-il pas de réfractaires? Et notre rôle n'est-il pas de discerner le bon terrain d'avec le mauvais? de préserver le premier et de renforcer le second? de forger de toutes pièces, au besoin, un organisme nouveau, qui n'obéira plus à l'infection, qui saura lui résister?

En attendant le *remède* de la tuberculose, qui reste à trouver, l'étude du terrain et des défenses du tuberculeux est la voie la plus sûre pour arriver à des indications rationnelles et à des médications effectives. Les moyens de préservation, d'amélioration et de renforcement du phtisique, ses transformations nutritives, organiques, nous les demandons à l'hygiène et à la thérapeutique : où le pauvre les trouverait-il, sinon au sanatorium? Une fois entré là, le pauvre devient, médicalement parlant, l'égal du riche. Comme le riche, il est armé pour la lutte, et comme lui il peut guérir; pas plus que lui, il n'est un danger pour le voisin.

Et c'est au moment où nous allons fournir à ce pauvre l'air, l'alimentation, le repos qui lui manquent; où nous allons l'arracher au vice qui le dégrade, qui peut-être a causé son mal, qui l'entretient à coup sûr et qui l'aggrave — j'ai nommé l'alcoolisme — c'est à ce moment, dis-je, que, parce que ce pauvre est un tuberculeux qui crache, nous l'empêcherions, par crainte d'une contagion *évitable*, d'être soumis à une hygiène *effective*! et que nous, médecins, nous irions sacrifier, à des *doutes* de contamination, des *certitudes* d'amélioration ou même de guérison! Ce serait anti-humain et anti-médical.

Pour moi — et je n'engage ici que ma propre responsabilité — le phtisique pauvre, que sa tuberculose soit ouverte ou fermée, peut et doit être admis au sanatorium, parce que là seulement il cesse d'être un danger pour les autres, parce que là seulement il peut et doit guérir. Je ne fais d'exception — ai-je besoin de le dire — que pour le phtisique avancé, dont l'organisme ruiné n'offre plus aucune prise soit à l'hygiène, soit à la thérapeutique.

Ici, puisque je parle d'amélioration et de guérison des phtisiques, se placerait la question de savoir quelles conditions doit réunir le tuberculeux pour être susceptible de vivre et de guérir. Cette question est celle que se pose chaque jour chacun de nous; c'est elle que vise en réalité notre honorable confrère, M. Plicque. Elle est trop délicate et trop vaste pour être abordée dans ce rapport. Si la Société désire la traiter, elle a tous les éléments nécessaires pour entreprendre et mener à bien une semblable tâche. Je dirai seulement qu'il ne faut pas proclamer trop haut la fréquence de la guérison dans les tuberculoses fermées, et sa rareté dans les tuberculoses ouvertes. En faisant appel à chacun de vous, je serais bien sûr d'évoquer le souvenir de plus d'un malade *cavitaire*, considéré comme incurable, et ayant vécu vingt ou trente ans avec ses cavernules oblitérées ou avec sa caverne immobilisée et rétractée, tandis que de simples *indurés* d'un seul sommet, toussant à peine et ne crachant jamais, s'infectaient, s'intoxiquaient rapidement, et disparaissaient au bout de quelques mois.

Un seul signe, quelqu'important qu'il soit, ne saurait en effet, dans la tuberculose pulmonaire, faire porter un pronostic rationnel et sûr. Et pour le dire en passant, l'expression de *tuberculose fermée* et de *tuberculose ouverte*, tout imagée qu'elle soit, me paraît plus dogmatique que clinique. Je dirais volontiers qu'elle est spécieuse et décevante, qu'elle ne tient pas ce qu'elle semble promettre. Telle tuberculose, fermée aujourd'hui, ne peut-elle pas être ouverte demain? Si nous choisissons nos malades dans le cadre exclusif des tuberculoses fermées, sommes-nous sûrs de ne pas compter parmi eux de simples *suspects*, de simples *menacés*? Et lorsque nous dresserons nos tables de statistique, n'aurons-nous pas à craindre de porter de *faux tuberculeux* à l'actif des améliorations ou des guérisons? Qui de nous enfin voudrait, en bornant son choix à ces poitrinaires qui ne crachent pas, laisser sur le pavé de Paris les tuberculeux *vrais, avérés*, non moins dignes de soins, quelquefois aussi curables, et toujours les plus dangereux?

Je le répète : quand il s'agit d'un malade aussi variable, aussi changeant que le tuberculeux, un seul signe ne saurait suffire pour le caractériser, pour le cataloguer. Nous ne pouvons connaître un phtisique, et nous ne pouvons dire ce qu'il deviendra que si nous l'avons suivi dans sa vie physiologique et dans sa vie pathologique; si nous avons contrôlé ses défenses et jaugé ses forces; si nous avons surpris chez lui des antagonismes salutaires ou des connivences funestes; si nous avons vu à l'œuvre ses moyens de résistance ou son irrémédiable faiblesse....

Messieurs,

Les quelques considérations, que j'ai l'honneur de vous présenter, contiennent implicitement mes conclusions. Je formule celles-ci de la façon suivante :

Le tuberculeux qui crache, aussi bien que celui qui ne crache pas, peut et doit être admis dans les sanatoriums. Pouvant guérir tous les deux, ils ont droit au même traitement.

Avec l'hygiène et la discipline, si judicieusement instituées dans les sanatoriums, le risque de la contagion devient un facteur secondaire, oserai-je dire une quantité négligeable. Interné, le phtisique pauvre n'est plus dangereux pour les autres; laissé dans sa mansarde, il est un foyer redoutable de contagion et d'infection.

M. le Président. — Vous venez d'entendre l'intéressante communication de M. Leudet. C'est une réponse envoyée à M. Plicque, qui a demandé l'avis à notre Société pour savoir s'il fallait ouvrir la porte d'un sanatorium, fermé aux tuberculeux, qui viennent du dehors implorer du secours. Cette question, volontairement restreinte, a été traitée avec soin par notre collègue; et, bien qu'il ait pris la précaution de ne pas dépasser les limites imposées par l'interrogateur, il est facile, en prenant la peine de lire entre les lignes, de reconnaître que M. Leudet aurait voulu donner à son travail une importance plus grande et notamment apprécier la tendance actuelle qu'ont les médecins de tous les pays à créer un refuge spécial pour les malheureux que la tuberculose a marqués de sa terrible empreinte.

Cette tentative est légitime; et, comme notre séance d'aujourd'hui est presque terminée, je demande que l'étude spéciale de la tuberculose qui vient d'être soulevée avec discrétion, soit reprise au début de notre prochaine réunion. En conséquence, je prie ceux de nos collègues qui sont en mesure de traiter cette question si importante de vouloir bien prendre la parole et de nous faire connaître leur opinion sur le rôle du sanatorium dans le traitement de la phtisie pulmonaire.

Les sanatoriums destinés à recevoir un grand nombre de malades existent déjà en Allemagne, en Suisse et dans d'autres pays. Ils répondent, quant à leur installation, à toutes les exigences de l'antisepsie imposées par les données de la science moderne. Les tuberculeux y sont soumis à une discipline rigoureuse, à une surveillance hygiénique bien comprise, à des soins évidemment très appropriés. Mais l'alimentation n'est pas toujours propice à des estomacs si nombreux et si bouleversés, l'agglomération de tous ces infirmes profondément atteints, crée une atmosphère bacillaire qui renferme des germes dangereux, surtout quand les sites de ces asiles ne se trouvent pas dans un climat propice, éclairé et chauffé par les rayons d'un soleil bienfaisant. Au surplus, la vie en commun peut amener des promiscuités fâcheuses, immorales parfois et toujours regrettables chez des malades qui, malgré leur épuisement, ont conservé une sensibilité excessive.

C'est en tenant compte de ces quelques inconvénients et de bien d'autres que le Pr Grancher, dont tout le monde connaît la grande compétence, a pu dire : « On parle beaucoup de tuberculose et chaque peuple s'efforce d'opposer une barrière à la marche envahissante de cette maladie. L'Allemagne et la Suisse luttent contre elle par le sanatorium et l'Anglais par le bifteck et le tennis. Je préfère la méthode anglaise que je trouve plus agréable et plus efficace. »

A côté du sanatorium commun, il faut mentionner le sanatorium personnel destiné à un seul malade. Ce dernier doit être installé dans un climat bien choisi, où le soleil est assez resplendissant pour exercer son action bactéricide. Le médecin peut avoir, quand il est bien entouré, une influence salutaire

sur le malade qu'il est chargé de diriger, de soulager ou de guérir ; il peut régler son alimentation avec la plus grande attention, le soumettre au repos quand il le croit nécessaire, cuber l'air qui convient à ses poumons, et ordonner les exercices appropriés à son degré de force ou de résistance.

Cette villa sanatoriale, me direz-vous, ne convient qu'aux riches. Je vous l'accorde, tout en reconnaissant que la classe aisée de la société, est loin d'être à l'abri du terrible fléau. Il me paraît utile de comparer les sanatoriums destinés aux grandes agglomérations et les sanatoriums préparés pour les tuberculeux solitaires. Dans tous les cas, vous pourrez examiner si la France n'offre pas des sites préférables à ceux qu'on choisit dans les autres nations, et si notre pays ne paraît pas plus favorisé que les autres au point de vue de l'hygiène par son air pur et peu excitant, son soleil vivifiant, ses ressources alimentaires les plus variées, comme aussi par ses agents thérapeutiques spécifiques qu'on trouve répandus dans toute l'étendue de nos Pyrénées.

En dehors de cette assistance au riche, il faut quo vous examiniez aussi l'organisation de l'assistance aux déshérités de la fortune.

Cette assistance préoccupe, à juste titre, tous les esprits. A Lille, sous l'impulsion énergique de notre éminent confrère, le Dr Calmette, des dispensaires vont s'organiser pour porter secours aux nombreux tuberculeux qui pullulent dans les grands centres industriels de cette ville, et qui meurent empoisonnés dans leurs tristes demeures, où l'air et la lumière ne pénètrent jamais.

A Paris, sous l'inspiration du Dr Kouindjy et à la voix du Dr G. Sersiron, des comités que présideront les Drs Brouardel et Landouzy vont être créés, et nous allons voir bientôt se manifester un mouvement philanthropique considérable plein de promesse et d'avenir. Ce mouvement qu'ont précédé l'heureuse installation d'Ormesson, admirablement dirigée par les Dr Hérard, Blache, Petit, et aussi ces ébauches d'assistance éparpillées dans des régions assez nombreuses, va-t-il produire un résultat favorable ? Il faut l'espérer, si les ressources de la charité privée qui, hélas ! s'épuisent trop vite, sont soutenues par l'Etat, les départements et les communes. Ces administrations publiques devraient faire pour les tuberculeux ce qu'elles font pour les aliénés et les enfants assistés. Il faut aider ces utiles novateurs, et c'est dans ce but que je fais appel à votre intelligence, à votre cœur, et que je vous demande d'étudier dans notre prochaine séance cette question si intéressante qui a le grand privilège d'être à la fois scientifique, humanitaire et patriotique.

M. Grasset. — M. Plicque a demandé si les tuberculoses ouvertes doivent être dans une chambre commune. Il y a, à ce propos, plusieurs questions particulières à traiter et qu'il serait bon de discuter. Il a vu des plans de sanatoriums où les chambres renferment sept à huit malades. Au sanatorium d'Angicourt, il y a, croit-il, quatre à cinq malades par chambre. Tous ces individus rejettent des produits volatils toxiques qui rendent aux autres malades l'atmosphère irrespirable. Dans ces conditions, un malade bien soigné à la campagne et dans de bonnes conditions serait bien mieux traité que dans un sanatorium.

M. Leudet. — Il s'agit, pour le cas qui nous occupe, de phtisiques pauvres ; il est impossible d'avoir une chambre pour chaque malade, et s'il y a un cubage d'air suffisant, ce serait tout ce que l'on pourrait demander.

M. Jullien. — Pourquoi ne ferait-on pas comme dans les services de chirurgie où il y a salles d'infectés et de non infectés, des sanatoriums distincts pour les tuberculoses ouvertes, ou non ouvertes ?

M. le Président. — Il faut envisager la question à deux autres points de vue ; les sanatoriums pour malades riches, et pour malades pauvres. Pour les riches, le sanatorium commun peut présenter des avantages, mais il présente bien des inconvénients, tant pour la contagiosité que pour l'effet moral produit par la vie en commun, la vue d'un voisin qui décède, etc., sans compter une question autrement importante, celle de l'alimentation. Faite pour un grand nombre d'individus, la cuisine est forcément plus negligée, les mets moins bien préparés, et l'on voit quelle peut en être la conséquence dans une affection où l'alimentation et la suralimentation jouent un si grand rôle. L'idéal est, pour le riche, le sanatorium isolé, la villa, et l'on a tort de négliger aujourd'hui l'action si bienfaisante de l'air et du soleil du midi. Quant au pauvre, il préoccupe beaucoup le médecin et, à juste titre, ce dernier, soucieux avant tout de son rôle humanitaire, ne cherchant qu'une occasion de l'exercer.

Pourquoi ne prendrait-on pas pour modèle ce qui se fait à Lille, où le distingué Dr Calmette a obtenu la concession de terrains, et a su, à l'aide de la charité privée, s'entourer d'une phalange de jeunes médecins et d'étudiants, qui, en maints endroits, iront visiter leurs malades dans des sanatoriums isolés, et les déplaceront pour le mieux do l'hygiène de leurs malades. N'est-ce pas une excellente idée que cette espèce, passez-moi l'expression, de « sanatorium en roulotte » de notre confrère de Lille?

Cette question, on le voit, est de la plus haute importance, et il serait bon que la Société la discutât à fond dans la séance prochaine, et que de cette discussion sortit une question scientifique sinon résolue, du moins bien étudiée, que l'on pourrait, adresser au besoin aux pouvoirs publics ; on le fait pour la question des aliénés et des enfants assistés, pourquoi ne le ferait-on pas pour les tuberculeux?

La question sera remise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. Vidal. — Aux conclusions de notre honorable rapporteur, je demanderai que l'on en ajoutât une.

La question qui nous est posée par M. Plicque et à laquelle M. Leudet vient de répondre, a été posée en même temps aux autres Sociétés savantes. Or, parmi les conclusions de la Société médicale des hôpitaux de Paris, je relève la suivante :

« 3° L'ensemble des dossiers sanitaires ainsi constitués sera examiné périodiquement par une commission médicale *désignée par la Société médicale des hôpitaux de Paris*. Cette commission proposerait à l'Administration de l'Assistance publique l'admission au sanatorium d'Angicourt des malades tuberculeux présumés curables ».

Pourquoi à la Société médicale des hôpitaux de Paris appartiendrait, seul, le droit de nommer la commission chargée de l'examen des malades et investie du droit d'admission à Angicourt. Nous pourrions revendiquer aussi, à la Société de Médecine de Paris, consultée au même titre que la Société médicale des hôpitaux, le droit d'examen et d'admission, mais il me semble bien plus logique de laisser ce droit au médecin-directeur du sanatoire, après examen préalable du dossier médical et de l'état morbide.

Mieux que personne le médecin-directeur du sanatoire vivant avec ses malades, se rendant compte chaque jour des cas susceptibles d'être heureusement influencés par le séjour dans son établissement, est-il à même de discerner les tuberculeux à recevoir. C'est ainsi que dans la plupart des sanatoires allemands, et ils sont nombreux, le médecin-directeur est seul libre d'admettre ou de refuser les malades qui se présentent à son établissement, qu'il soit public ou privé. Pourquoi donc chercher à lui enlever en France sa liberté d'action ? pourquoi, selon notre déplorable coutume, chercher à compliquer, par de nouvelles commissions, une chose aussi simple que l'admission d'un tuberculeux dans un sanatoire ? Le malheureux malade aura le temps mille fois, en attendant la constitution de son dossier sanitaire, — la rédaction de son dossier clinique, — la réunion de la commission médicale, de transformer sa tuberculose fermée en tuberculose ouverte, ou pendant la mauvaise saison, d'être enlevé par une de ces affections intercurrentes, pour lesquelles le tuberculeux est une proie facile.

Il ne faut pas oublier que la seule raison d'être du sanatoire, est la guérison rapide et complète du malade ; si on complique à plaisir son admission dans cet établissement, comme cela se produit dans nombre d'asiles et maisons de retraite appartenant à l'Assistance publique et régies par des commissions, sur lesquelles le député ou le conseiller municipal a plus d'influence quo le médecin praticien, le véritable malade renoncera à y entrer et le but sera manqué.

En conséquence, je propose d'ajouter aux conclusions de notre honorable rapporteur, la suivante :

« Le médecin-directeur du sanatoire d'Angicourt sera seul compétent pour admettre ou refuser, après examen du dossier médical et de l'état morbide, les indigents parisiens atteints de tuberculose pulmonaire qui lui seront adressés par l'Assistance publique ».

Dépouillement du scrutin. — M. DUTERTRE est nommé, à l'unanimité, membre correspondant national (20 voix).

M. ROGALSKI (de Constantinople) est nommé, à l'unanimité, membre correspondant étranger (20 voix).

M. MILLÉE est nommé, par 17 voix contre 1 voix à M. Grasset, membre du Comité de Publication, en remplacement de M. Guépin, démissionnaire.

La séance est levée à 6 heures.

L'un des secrétaires annuels,
HENRI MONEL.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 12 *février* 1901. — PRÉSIDENCE DE M. KIRMISSON.

M. AUSSET (de Lille) fait une communication sur *un cas de croup ascendant (diphthérie bronchique primitive)*. M. Ausset fut appelé en consultation, en décembre dernier, auprès d'une fillette de cinq ans atteinte depuis trois jours de pneumonie double, et qui, la veille au soir, avait été prise d'une gêne respiratoire rapidement croissante. Lorsqu'il la vit, elle était en plein état asphyxique, avec tirage sus et sous-sternal, face violacée, assoupissement, refroidissement des extrémités, littéralement mourante. A l'auscultation, signes de bronchite généralisée, et quelques foyers disséminés de broncho-pneumonie. Voix voilée, toux rauque, mais rien dans la gorge, et le médecin traitant, confrère expérimenté et attentif, n'avait précédemment, lui non plus, rien trouvé de ce côté. Deux hypothèses se présentaient pour expliquer cet état : croup, ou spasme phréno-glottique survenu au cours d'une brocho-pneumonie. Mais avant tout, il fallait parer à l'asphyxie, et M. Ausset fit le tubage vraiment *in extremis*. Au bout de quelques minutes, le tube fut rejeté avec des fausses membranes. On le remit en place, mais il fut encore rejeté au bout de peu de temps; néanmoins, en raison de l'état de dépression de l'enfant, d'une part, et d'une légère détente de la dyspnée à la suite de ces deux tentatives, d'autre part, on ne refit le tubage que vers le soir, et cette fois le tube resta en place. Entre temps, on pratiqua d'abord au plus vite une injection de sérum antidiphtérique de 20 c.c., puis deux injections de sulfate de spartéine, et une seconde injection de sérum trois heures après la première et de même quantité. Sous l'influence de ce traitement énergique et du rétablissement de la respiration, grâce au tubage, l'état de l'enfant s'améliora assez rapidement, et ce fut une véritable résurrection. On put détuber définitivement après 68 heures, et la guérison était complète le 26 décembre. L'examen des fausses membranes avait démontré qu'il s'agissait là d'une diphtérie associée, streptocoques et bacilles de Lœffler.

M. Ausset discute le diagnostic que l'on pouvait faire avant que l'expulsion des fausses membranes vint trancher la question : croup ou spasme glottique au cours d'une bronchopneumonie. La voix était restée claire, et la toux non croupale, jusqu'au soir du deuxième jour de la maladie, veille de la consultation, et la gorge n'avait, à aucun moment, présenté quoi que ce soit de suspect. Il s'est agi là, en résumé, d'un croup ascendant consécutif à une diphtérie bronchique.

M. Ausset met en relief les bienfaits du sérum et du tubage dans ce cas. Il n'a pas hésité, en face de l'imminente gravité des accidents, à injecter 40 c.c. de sérum, en deux fois, à trois heures d'intervalle, estimant qu'il faut savoir quelquefois intensifier le traitement par le sérum comme on le ferait pour un traitement médicamenteux. Il considère aussi ce fait comme un triomphe pour le tubage, qu'il faut tenter tout d'abord, sauf à en venir ultérieurement, s'il y a lieu, à la trachéotomie. Chez sa petite malade, il a insisté sur le tubage, malgré deux premières tentatives suivies du prompt rejet du tube, et l'on voit qu'il n'a eu qu'à se féliciter de son insistance.

M. RICHARDIÈRE fait des réserves sur le diagnostic de bronchite diphtérique primitive. En ce qui concerne l'emploi du sérum, il ne croit pas qu'il soit nécessaire de dépasser 20 c.c.

M. BARBIER fait remarquer la difficulté de ces diagnostics du croup ascendant, lorsque l'on n'a pas pu suivre les enfants de très près et de très bonne heure. Il dit que des bacilles diphtériques, venus d'une lésion pharyngienne ou nasale, inaperçue ou éteinte, peuvent s'être introduits dans les bronches et y donner lieu ultérieurement à une production de fausses membranes, sous l'influence d'une maladie intercurrente, d'une rougeole en particulier.

M. VARIOT fait à son tour des réserves sur le diagnostic de M. Ausset, en raison de la difficulté d'arriver, dans les cas de ce genre, à reconnaître de façon précise le point de départ et la marche du processus diphtérique.

M. SEVESTRE rappelle que l'on voit souvent des fausses membranes tubulées rejetées au moment du tubage et de la trachéotomie, alors que l'on n'avait rien constaté dans la gorge. Mais il est possible que le point de départ ait été alors une lésion pharyngée disparue, ou une lésion nasale invisible, et Bretonneau l'avait déjà signalé, pour ces dernières en particulier.

M. AUSSET défend son diagnostic et celui du confrère qui l'avait appelé en consultation. Il dit qu'il y a d'autres observations bien nettes de bronchites diphtériques primitives. Il admet, avec M. Barbier, l'envahissement des bronches par le bacille de Lœffler sous l'influence de maladies intercurrentes, rougeole entre autres; mais le diagnostic est impossible à affirmer sans expulsion de fausses membranes. Il défend enfin l'emploi des fortes doses de sérum dans les cas graves.

M. MÉRY revient sur les considérations présentées par M. Barbier, et dit qu'il a trouvé plusieurs fois des bacilles de Lœffler dans les bronches d'enfants morts de broncho-pneumonie rubéolique, sans qu'il y ait eu d'autre part aucune lésion diphtérique appréciable.

M. VARIOT fait en son nom et au nom de M. CHICOTOT, une communication sur *les résultats fournis par l'examen radioscopique des épanchements pleuraux chez les enfants.* Les observations de MM. Variot et Chicotot concordent absolument avec celles de MM. BOUCHARD et BECLÈRE : on constate sur le côté malade une ombre bien nette, contrastant avec le côté sain, qui reste clair. Ce moyen de reconnaître l'existence des épanchements pleuraux est particulièrement avantageux quand on a affaire à des tout petits enfants, chez qui le diagnostic pour les moyens ordinaires est très difficile. En cas de pneumo-thorax, on peut bien nettement voir la ligne de niveau du liquide, et suivre les oscillations que lui imprime la succussion. Il n'a pas été possible de reconnaître une différence quelconque entre les épanchements séreux et les épanchements purulents. Le déplacement du cœur et du médiastin s'apprécie très bien par la radioscopie, beaucoup plus facilement que par la percussion, et constitue un signe précieux pour renseigner le médecin sur l'abondance de l'épanchement et, par conséquent, sur les indications. Enfin, l'examen radioscopique a le grand avantage de permettre facilement des constatations nettes dans un espace de temps très court.

M. GUINON reconnaît que la radioscopie peut être d'un grand secours pour les diagnostics en question chez les enfants audessous de 6 mois surtout. Chez les enfants plus âgés, on arrive en général au diagnostic par l'auscultation et la percussion, avec plus ou moins de difficultés et de patience.

M. AUSSET vante l'utilité de la radioscopie comme moyen de reconnaître la pleusérie interlobaire, et il cite à l'appui de son dire, deux cas de sa pratique personnelle. Dans le premier, il soupçonnait une pleurésie interlobaire, mais ses recherches les plus attentives ne le conduisaient pas à une certitude, et il avait fait sans succès une ponction exploratrice. Il eut recours alors à la radioscopie, qui confirma ses prévisions, et la ponction, alors dirigée à coup sûr, amena du pus. Mais il fait remarquer que la radioscopie est un mode d'examen assez difficile à utiliser en clientèle. Dans le second cas, il s'agissait d'une pleurésie purulente qui avait été prise tout d'abord pour une tuberculose pulmonaire. M. Ausset put rectifier le diagnostic par les procédés d'exploration ordinaires, et en avoir ensuite la confirmation par la radioscopie. — A propos du diagnostic de la nature de l'épanchement, M. Ausset rappelle la valeur du signe du sou (Pitres) : la percussion avec un sou donne un

son métallique, argentin, jusqu'à la limite supérieure de l'épanchement, en cas de pleurésie séro-fibrineuse ; il a toujours constaté ce signe en pareille circonstance, tandis qu'il l'a le plus souvent cherché en vain dans la pleurésie purulente.

M. Froin, interne à l'hôpital Trousseau, présente une *nouvelle instrumentation pour le tubage et la trachéotomie.* — La canule à tubage est à large lumière, et se termine en bas par une sorte d'anse qui circonscrit deux larges œils latéraux, et qui facilite beaucoup l'introduction ; son orifice supérieur est évasé en entonnoir et présente à son bord postérieur un trou par lequel on l'accroche, pour l'extraction, à l'aide d'un doigtier spécial. Les autres instruments sont : un porte-tube d'un mécanisme simple, un dilatateur à ressort et des bistouris coudés de forme spéciale. Nous ne pouvons entrer ici dans plus de détails sur cette instrumentation simple et ingénieuse, dont l'inventeur doit, d'ailleurs, bientôt publier la description complète. Ch.-H. Petit-Vendol.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement médicamenteux des bronchites chroniques et de la tuberculose par l'Hélénine créosotée.

Les propriétés de l'hélénine sont bien connues de nos lecteurs, et nous ne rappellerons sa bienfaisante action dans les bronchites chroniques et la tuberculose que pour insister sur son association à la créosote, qui augmente l'action réciproque de ces deux principes médicamenteux. Le Dr de Korale, après une longue expérimentation, a pu établir la puissance thérapeutique de l'hélénine créosotée. Les globules d'*hélénine créosotée de Korale* à la dose de 2, 3 ou 4 par jour sont acceptés sans dégoût et sans répugnance par les malades ; la créosote est mieux tolérée par l'estomac, grâce à l'action calmante de l'hélénine sur les muqueuses. L'absorption du médicament est fort rapide comme en font foi les exhalations créosotées jointes au parfum de l'hélénine dix minutes après l'administration des globules. En un mot, l'*hélénine créosotée de Korale* doit tenir une place de choix dans la liste trop courte des médicaments efficaces des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire.

REVUE D'HYGIÈNE

Rédacteur spécial : Dr MARTHA.

I. — La ville salubre; par L. et P. Barré. (J.-B. Baillière, éditeur.)

I. — Les auteurs n'ont pas cherché à noyer le lecteur dans des détails ; ils n'ont voulu que marquer les grandes lignes de ces importants problèmes, et ils ont eu soin d'indiquer les ouvrages auxquels on devra se référer. Ils étudient d'abord les principes généraux de l'hygiène urbaine, puis les moyens préconisés pour assainir le sol et l'air. Nous recommandons l'important chapitre sur l'eau et la tuyauterie, les réservoirs publics et les eaux à Paris. Dans un autre chapitre, on trouvera l'utilisation des eaux d'égout, et particulièrement l'épuration agricole faite à Gennevilliers et à Achères. Les établissements insalubres, puis les cimetières et la crémation forment des sections à part. Le volume se termine par des notices très intéressantes sur l'alimentation d'eau et les systèmes d'assainissement employés dans les principales villes de France et de l'étranger. Le texte est accompagné d'un grand nombre de dessins et de plans des habitations, l'alimentation, les eaux potables, l'habillement, l'occupation du soldat, le rapatriement des malades. De longs chapitres sont réservés aux expéditions coloniales.

II. — Hygiène coloniale ; par Treille. (Carré, éditeur, 1899.)

II. — Ce livre, écrit par un des maîtres les plus autorisés de la médecine navale, renferme les règles générales les plus propres à faciliter aux Européens leur établissement dans les pays chauds. L'établissement de l'Européen aux pays chauds ne peut avoir de chances de succès que dans des conditions déterminées. Après avoir étudié le climat des tropiques en général, l'action du climat intertropical sur les diverses fonctions de l'organisme, ainsi que les conditions sanitaires des climats régionaux, Tonkin, Cochinchine, Afrique, Madagascar, etc., l'auteur traite les règles d'hygiène privée et publique. « L'habitation de l'Européen doit réaliser beaucoup de confortable ; les misérables masures constituent, en effet, des foyers de fièvre, d'anémie pernicieuse, etc. ; quiconque a visité les établissements des Européens sous les tropiques, n'a pu qu'être péniblement impressionné par la pauvreté des installations prises dans leur ensemble. »

Encore aujourd'hui, malgré les incontestables progrès réalisés, les centres européens représentent un ensemble composite d'édifices confortables, mais perdus dans des pâtés de bicoques qui continuent d'être un danger pour la santé publique. L'autorité aurait dû régler, au nom de la salubrité publique, le dispositif même des constructions à y faire, tant privées que publiques. On avait, du reste, pour se déterminer à une action publique dans ce sens, le spectacle de vieilles cités coloniales du XVIIe siècle, insalubres au premier chef par le vice de leur agglomération autant que par l'insuffisance des édifices privés. Dépenser, tout de suite, en hygiène publique, suivant un plan méthodiquement ordonné, c'est économiser doublement, en vies humaines et en argent.

Nous ne pouvons insister sur l'habitation, l'ameublement, l'hygiène domestique. On trouvera de longs chapitres relatifs à l'alimentation. « Si la maison importe à l'hygiène des tropiques, je n'hésite pas à affirmer que l'alimentation y est comme le fondement même de cette science. »

III. — Les troupes coloniales; par Burot et Legrand. (Baillière, éditeur, 1900.)

III. — Ce volume est écrit par deux médecins de la marine qui, dans leurs voyages, ont acquis une grande expérience : aussi lit-on ce livre avec d'autant plus d'intérêt qu'on sent que les renseignements qu'il contient sont puisés à bonne source et ne peuvent être mis en doute. A chaque page, en quelque sorte, on peut voir les résultats d'une routine désastreuse, expédition lointaine mal préparée, choix de troupes incomplet, troupes trop jeunes, etc. Nous ne pouvons entrer dans des détails des chapitres si riches en documents parfois bien tristes ; mais nous choisissons quelques exemples. Dans l'expédition de Madagascar le 200e de ligne comprenait 2.700 hommes au début ; à la fin, il en restait 163. Le bataillon de chasseurs à pied avait 700 hommes ; il n'en revint que 120 en France ! On avait eu le tort de prendre des soldats de 19 à 23 ans. Les auteurs étudient l'emplacement des troupes aux colonies, situation des casernes, installation.

IV. — Tableaux synoptiques d'hygiène; par Reille. (Baillière, éditeur, 1900.)

IV. — Ce livre est destiné aux médecins et aux étudiants : c'est un traité complet d'hygiène en un volume, où toutes les questions sont traitées dans des tableaux synoptiques.

V. — De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène ; par Filassier. (Roussel. 1899.)

V. — M. Filassier est docteur en droit et architecte salubriste, il a pu traiter une question avec une grande compétence. On y trouvera tous les renseignements relatifs à ces questions, administration sanitaire centrale, administration sanitaire locale, le maire, le préfet, les conseils d'hygiène, etc., les législations propres aux différentes branches de l'hygiène, etc. Le dernier chapitre comprend la réforme de la législation sanitaire française devant le parlement, réforme bien longue à venir, malgré son importance, car elle pourrait abaisser la mortalité : si celle-ci était, en France, ce qu'elle est en Suisse 14 pour 1000, nous économiserions chaque année pour une population de 37.700.000 habitants, 150.000 existences environ.

VI. — Statistique médicale du canton de Vaud ; par Morax. (Lausanne, 1899.)

VI. — Cette publication du canton de Vaud mérite d'être signalée, parce qu'elle contient de très intéressants documents sur la région, et qu'elle devrait être imitée par d'autres régions et en particulier en France. On y trouvera les conditions générales de salubrité du pays et tous les faits dont la connaissance

est indispensable à l'autorité chargée de protéger la santé publique. La démographie de chaque district du canton, depuis le commencement du siècle, permet de juger les influences ethnologiques et climatériques, d'apprécier les effets du régime urbain, des milieux agricoles et viticoles. Le tableau général des institutions sanitaires montre l'organisation de la défense sociale contre la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'art des Accouchements, par Tarnier et Budin. Tome IV. 1 vol. (G. Steinheil, Paris 1901).

Le quatrième tome du Traité de l'art des accouchements vient de paraître. Ce volume achève l'ouvrage commencé en 1873 par Tarnier et Chantreuil ; le premier tome paraissait en 1881, le second pour lequel le Pr Tarnier s'était assuré la collaboration de M. le Dr Budin, fut publié en 1886. A la mort du Maitre, le Pr Budin en lui succédant prit l'engagement de terminer son œuvre : grâce à ses soins, le tome troisième a été livré au public en 1898, et aujourd'hui le traité est complet.

Ce tome traite de la dystocie fœtale, des accidents de la délivrance, des opérations obstétricales et des infections puerpérales. Pour la rédaction de ces importants articles, le Pr Budin s'est adjoint, à titre de collaborateurs, MM. les Drs Maygrier, Bonnaire, Prs agrégés à la Faculté de Médecine, Demelin, Tissier, Brindeau, accoucheurs des Hôpitaux.

Au début de l'ouvrage le Pr Budin place l'éloge qu'il a fait de Tarnier en avril 1898 dans sa leçon inaugurale à la Clinique de la rue d'Assas. On y voit retracés les travaux si nombreux et si importants qui rangent Tarnier parmi les plus grands représentants de l'obstétrique en France.

La dystocie fœtale a été longuement et minutieusement traitée par MM. les Drs Tissier et Demelin ; ils ont envisagé successivement tous les accidents dont le fœtus est le point de départ, capables d'apporter des difficultés au cours de l'accouchement : les anomalies de volume et de position y sont traitées. La procidence du cordon y occupe une place importante, de même que la description de l'accouchement gémellaire.

Les difficultés et accidents de la délivrance occupent une place importante. Le Pr Budin a tenu à en rédiger lui-même le premier chapitre : nous devons à sa haute compétence et à sa grande expérience clinique la mise au point de nombreuses questions dont l'intérêt pratique est capital. Nous citerons en particulier : l'inertie utérine, les adhérences anormales du placenta et des membranes, la rétention de l'arrière-faix : autant d'articles magistralement étudiés, surtout au point de vue de la conduite à tenir.

Le second chapitre ayant trait aux accidents de la délivrance a été confié à M. le Dr Brindeau : l'important chapitre des hémorrhagies et de leur traitement y est longuement développé. Cette partie de l'ouvrage se termine par une remarquable étude de la délivrance artificielle, tant au point de vue des indications qu'à celui du manuel opératoire.

Un petit chapitre nouveau et intéressant est consacré aux principaux médicaments employés en obstétrique ; M. le Dr Demelin y traite des anesthésiques, insistant sur le rôle de l'éther, puis des médicaments qui agissent sur la contraction utérine.

Vient ensuite la partie la plus considérable de ce tome : celle qui a trait aux opérations obstétricales. Le Pr Budin a confié l'étude du forceps à M. le Dr Demelin, que plusieurs années d'études approfondies et d'expériences sur cet instrument désignaient tout spécialement pour la mise au point de cette importante question. Après avoir retracé l'historique du forceps, l'auteur étudie son mode d'action ; il le montre tour à tour agent de préhension et de compression. Il trace avec soin les règles des différentes applications, en résume les indications dans un chapitre concis mais complet, et termine par l'exposition des lésions tant fœtales que maternelles. Par comparaison le levier est étudié après le forceps et M. le Dr Demelin insiste justement sur tout ce que ce parallèle implique de restrictions à l'emploi de ce second instrument.

L'article « Version » est dû à la plume de M. le Dr Maygrier qui, déjà en 1888, avait traité cette question dans le dictionnaire Dechambre. Son érudition si étendue et son grand tact clinique lui ont permis de tracer de cette opération une étude à laquelle il semble qu'il sera désormais difficile d'ajouter quelque chose. La version par manœuvres externes, la version par manœuvres internes et la version par manœuvres mixtes y sont traitées tour à tour. L'auteur a apporté un soin tout particulier à la description du manuel opératoire ; il montre bien tout ce qu'il y a eu d'absolu dans les affirmations des principaux auteurs principalement en ce qui concerne le choix du pied dans la version podalique et s'attache à donner des règles pratiques. Les difficultés de cette opération sont minutieusement passées en revue. Le chapitre suivant a trait à l'interruption artificielle de la grossesse ; il a été confié à M. le Dr Bonnaire qui y a apporté le même soin qu'à la rédaction de son savant article des bassins rétrécis, contenu dans le troisième tome. Tous les procédés employés, tant pour exciter la fibre utérine que pour dilater le col, sont scrupuleusement étudiés. Une place importante est consacrée au ballon de Tarnier, ainsi qu'à la dilatation manuelle qui de jour en jour tend à se répandre en clinique. Les indications et les méthodes de l'avortement provoqué terminent cette section.

La symphyséotomie a été rédigée par M. le Dr Demelin qui en trace le manuel opératoire, en indique les accidents et complications et insiste sur son pronostic, question capitale en l'espèce : les meilleures statistiques accusent, actuellement, 10,6, 11,1, 11,03, et 12 0/0 de mortalité maternelle, la mortalité fœtale à 11,5 et même 13 0/0. Cette opération ne pourra donc être pratiquée que chez des femmes saines et dans un milieu où les conditions d'asepsie se trouvent réalisées. L'auteur termine son article en citant les conclusions émises par le Pr Budin à la Société obstétricale de France, en 1899 : « Il semble qu'il y ait eu trois périodes pour la symphyséotomie : au siècle dernier, après sa découverte, il y eut d'abord un engouement considérable, mais le nombre des décès fut tel qu'on y renonça. En 1881, après les résultats publiés par Morisani au Congrès de Londres, on crut que cette opération allait revivre : Morisani resta presque seul à la pratiquer à Naples. Après les travaux de Bouchacourt, de Mangiagalli, et surtout de Farabeuf, de Pinard et Varnier, on crut que la symphyséotomie, grâce à l'antisepsie, pourrait rendre les plus grands services : elle a été pratiquée partout, mais la mortalité et la morbidité qui ont été observées nous inclinent à croire que cette troisième période ne sera pas plus heureuse que les deux premières. »

L'*opération césarienne* qui, dans ces dernières années, a suscité de si nombreux travaux, est magistralement traitée par M. le Dr Maygrier. Mise à cette place de l'ouvrage, cette opération s'oppose tout naturellement à la symphyséotomie, ce qui met en lumière leurs indications réciproques et surtout leurs résultats. Après une description minutieuse du manuel opératoire, où la critique est faite des différents procédés d'ouverture de l'utérus (procédé de Fritsch, etc.), la préférence étant accordée à l'incision longitudinale, l'auteur aborde la question du pronostic : l'étude des statistiques les plus récentes donne, comme moyenne, 6,6 0/0 de mortalité maternelle, 5,7 0/0 de mortalité infantile, pour la césarienne conservatrice ; et, pour l'opération de Porro, 9,90 0/0 par les mères, de 16,60 0/0 à 24 0/0 par les enfants. Ces chiffres sont éloquents ; ils légitiment la préférence accordée à la césarienne sur la symphyséotomie dans le cas où les deux opérations peuvent être mises en balance. Suit le chapitre des indications : l'indication absolue est fournie par une angustie pelvienne extrême jusqu'à la limite de 3 cent. 1/2, c'est-à-dire avec un bassin tel qu'on ne pourra faire passer par la filière génitale un fœtus même broyé. Quant aux indications relatives elles se posent en présence d'un bassin dont le diamètre promonto-pubien minimum mesure de 6 à 7 cent. 1/2 ; elles sont subordonnées aux conditions dans lesquelles on pourra opérer, à l'habitude de chaque accoucheur, et à la volonté de la femme.

D'une façon générale la césarienne conservatrice sera préférée à l'opération de Porro, cette dernière tirant son indication principale de l'infection de l'utérus, et plus rarement, de l'atrésie du canal cervico-vaginal.

Enfin, les *Embryotomies* céphalique et rachidienne sont traitées par M. le Dr Demelin. Une place toute spéciale y est réservée à la basiotripsie : l'instrument, son mode d'emploi, les indications sont soigneusement étudiés.

La dernière section de l'ouvrage a trait aux « Infections puerpérales ». Une grande compétence en matière de bactériologie désignait tout spécialement M. le Dr Brindeau pour la rédaction de ce chapitre. Les travaux les plus récents s'y trouvent analysés. Il n'y a pas qu'un intérêt théorique dans cette étude, car d'une étiologie bien définie doit naître une thérapeutique rationnelle. L'auteur traite d'abord les infections d'origine génitale. Le temps n'est plus où le streptocoque était regardé comme le seul agent des accidents puerpéraux. La plupart des germes pathogènes tant aérobies qu'anaérobies peuvent être incriminés. M. le Dr Brindeau établit leur rôle probable d'après ce que nous savons, grâce aux nombreux travaux de Döderlein, Kroënig, Bumm, Hallé et tant d'autres. Pour la première fois se trouvent étudiés dans un classique français les deux mécanismes possibles d'infection autogène et hétérogène.

La première n'est plus niable actuellement et l'auteur passe en revue les faits sur lesquels on peut étayer son existence. De ces données découle logiquement l'exposé des pratiques prophylactiques ; suit une description clinique et anatomo-pathologique très complète. A l'étude du traitement est consacré un important chapitre : ce traitement peut être prophylactique ou curatif. La question de la prophylaxie soulève celle de l'antisepsie comparée à l'asepsie en obstétrique ; si, dans les cas où l'on a affaire à une femme non contaminée, manifestement indemne de toute infection génitale ou paragénitale, l'asepsie peut et doit suffire — l'antisepsie retrouve ses droits quand les voies génitales sont septiques. Quant à la question de savoir si l'on doit, ou non, faire usage des injections vaginales chez la parturiente, M. le Dr Brindeau lui donne, comme réponse, la pratique de la plupart des accoucheurs français : désinfection soigneuse avant et pendant l'accouchement, toilette vulvaire simple, pendant les suites de couches, les injections vaginales étant réservées aux cas douteux. Une fois l'infection déclarée, un traitement curatif, rapidement et graduellement suivi doit être employé : l'injection intra-utérine, aidée parfois du drainage de la cavité utérine a, bien souvent, jugulé des infections légères. — Si ces moyens sont impuissants, nous avons à notre disposition le nettoyage de la cavité utérine, nettoyage que l'on tend de plus en plus à employer d'emblée dans les avortements incomplets, surtout si le premier temps s'est fait en ville : nettoyage par le curetage, procédé dangereux ayant donné naissance à de nombreux accidents, nettoyage par le curage digital suivi de l'écouvillonnage : c'est le procédé d'élection, celui dont on usera tout d'abord. M. le Dr Brindeau lui consacre de longs développements. — Enfin, en quelques lignes, l'auteur traite de l'hystérectomie, dont les indications sont actuellement moins précises.

Du reste, le traitement des infections puerpérales ne doit pas être uniquement local ; dans les cas graves, l'accoucheur possède, à sa disposition, toute une série de moyens d'action sur l'organisme général de la mère ; on devra ordonner à la malade une alimentation tonique, et dépouillée de toute substance capable de faire naître des produits toxiques de fermentation. Les bains froids, les grands lavages intestinaux, les injections sous-cutanées de sérum sont souvent de puissants adjuvants, dont les bons résultats ne sont plus à compter ; quant à l'emploi du sérum de Marmoreck, la connaissance de la multiplicité des germes a fort limité son usage ; peut-être dans l'avenir trouvera-t-on dans la sérothérapie le traitement spécifique des principales formes d'infection. L'appareil génital n'est pas seul à pouvoir être infecté par des suite des couches : la mamelle y est également exposée. M. le Dr Brindeau fait donc suivre cette première étude de celles des infections mammaires et, en particulier, de la galactophorite ; cette affection est désormais bien connue, grâce aux travaux du Pr Budin et de ses élèves ; aussi, la description de son aspect clinique et de son traitement par la méthode d'expression trouve-t-elle logiquement place dans ce traité. Le dernier chapitre est consacré aux infections du nouveau-né : après avoir esquissé les modes de contamination, tant pendant la vie intra-utérine qu'extra-utérine, M. le Dr Brindeau envisage l'action des germes dans tous les systèmes de l'organisme : le tube digestif, l'appareil respiratoire, l'appareil oculaire, etc. L'auteur se contente de signaler les accidents rares, pour ne s'arrêter qu'aux plus fréquents et aux plus graves ; la bronchopneumonie, les infections ombilicales et l'ophtalmie purulente.

Telle est l'œuvre. De nombreuses figures, dues au crayon habile de M. Devy, illustrent chacun des chapitres. La bibliographie est faite pour chaque question par ordre chronologique et par ordre alphabétique des noms d'auteurs, suivant la méthode adoptée par Tarnier pour le tome III. Le traité de l'art des accouchements est l'ouvrage le plus complet que nous possédions en France concernant l'obstétrique. Il s'adresse non seulement aux accoucheurs spécialistes, qui pourront y puiser tous les détails théoriques nécessaires à de nouvelles études, mais au médecin praticien qui pourra y apprendre comment il faut agir dans chaque cas. Cyrille JEANNIN.

OPOTHÉRAPIE

Opothérapie hépatique.

Les expériences cliniques rétablissent que l'opothérapie hépatique a définitivement pris rang dans la thérapeutique et que le moyen le plus simple de la pratique consiste à employer l'extrait de foie. Il importe toutefois d'éliminer les préparations faites avec des organes mal choisis ou exécutées sans aucun souci des règles de l'asepsie, ni des limites de température dans lesquelles il convient de les maintenir. Parmi les divers produits qui se disputent la faveur médicale, l'extrait hépatique Moncour réunit toutes les garanties désirables, ainsi que le prouvent les succès obtenus soit par les promoteurs de la méthode, soit par de nombreux médecins, dans les hôpitaux ou en clientèle. L'extrait hépathique est surtout le médicament de l'insuffisance hépatique, comme la digitale est celui de l'insuffisance cardiaque. Mais, de même qu'il est nécessaire que la dégénérescence de la fibre musculaire du cœur ne soit pas trop avancée pour que la digitale amène ses effets physiologiques, de même l'extrait hépatique ne donne son plein effet que si l'élément noble du foie n'est pas entièrement déchu (Gilbert et Carnot.)

L'extrait a été donné avec succès dans les cirrhoses alcooliques et syphilitiques, dans les ictères infectieux et dans les dégénérescences cellulaires du foie (Gilbert et Carnot, Dauriac, Vidal, Combes, Spillman). L'opothérapie hépatique s'applique aussi aux cas de diabète sucré, de diabète par insuffisance chronique du foie anthépathie chronique) forme dont Gilbert et Weil ont décrit les manisfestations caractéristiques ; syndrôme urinaire, modifications physiques du foie, symptômes, marche.

L'extrait a également réussi dans les cas d'hémorragies multiples qui sont liées aux états pathologiques dus à l'insuffisance de la cellule hépatique : épitaxis, hématémèses mélœna, purpura, hémoptysies, hémorragies de la plèvre et du péritoine, ainsi que dans les cas d'hémoptysies tuberculeuses (Gilbert et Carnot). La cure opothérapique consiste à administrer douze doses d'extrait hépatique Moncour, une tous les jours ou tous les deux jours. On délaye l'extrait dans du bouillon ou du lait ou on le divise dans un quart de lavement. On peut encore le donner sous forme de suppositoires.

Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les Elèves internes et externes en médecine pour l'année 1901. — MM. les Elèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans l'amphithéatre de l'Administration, avenue Victoria, 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1901, savoir : Pour MM. les Elèves internes : De 2e, 3e et 4e année, le lundi 18 février, à 2 heures, de 1re année et pour MM. les internes provisoires, le mardi 19 février, à 2 heures. Pour MM. les Elèves externes : De 3e annnée, le mercredi 20 février à 2 heures ; de 2e année, le vendredi, 22 février, à 2 heures ; de 1re année, première moitié de la liste, le samedi 23 février, à 2 heures ; deuxième moitié de la liste, le lundi 25 février, à 2 heures. — *N. B.* MM. les Elèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours ; les externes ayant reconcouru seront appelés à leur numéro de classement dans la nouvelle promotion dont ils font partie.

VARIA

L'affaire de Saint-Antoine.

Nous lisons dans les journaux du 9 février :

M. Napias, directeur de l'Assistance publique, a terminé son enquête sur l'incident de l'hôpital Saint-Antoine. Il s'agit d'une autopsie du corps d'un gardien de la paix, tué au cours d'une rixe ou d'un accident de voiture. L'autopsie était réclamée par la famille pour éclaircir ce point. M. le Dr Socquet n'avait pu procéder à ces constatations, parce que, disait-on, le corps de Driout, qui lui avait été remis à l'hôpital Saint-Antoine, ne contenait plus les organes essentiels. Un juge d'instruction M. Schlumberger, commis pour examiner cette affaire, s'est heurté à un refus de répondre, en raison du secret professionnel, qui lui a été opposé par M. le Dr Gilles de la Tourette. La famille ayant déclaré qu'elle dégagerait M. Gilles de la Tourette de ce secret ; avant de répondre, ce dernier a néanmoins l'intention de saisir de la question la Société de Médecine légale. Mais, d'autre part, au sujet de la violation du cadavre, M. Napias a déposé des conclusions qui tendent à faire croire que l'incident a été très exagéré. — C'est notre avis et nous ajouterons qu'il n'aurait pas dû en être même question dans la presse politique.

Le feu à la Charité

Dans la soirée de dimanche, le bruit se répandit dans plusieurs quartiers de Paris, provoquant une grande émotion, qu'un incendie venait de se déclarer à l'hôpital de la Charité.

Ce n'était heureusement qu'une fausse alerte. En allumant les becs de gaz du couloir précédant une salle de malades, un employé avait enflammé le gaz s'échappant d'une fuite, ce qui avait provoqué un moment de vive panique.

On était d'autant plus fondé à croire que ce vieil hôpital avait pris feu, qu'on le sait fatalement destiné à brûler un jour ou l'autre. Constamment des feux de cheminée y éclatent. *Et it est si vermoulu que la moindre négligence peut être cause d'une catastrophe.* (*L'Aurore*, 12 février 1901).

Il n'y a pas que l'hôpital de la Charité qui soit « vermoulu ». Nous avons signalé, avec d'autres journaux, le mauvais état de certains bâtiments de Cochin, de Saint-Antoine, etc., etc. Tous les hôpitaux, même l'Hôtel-Dieu, menacent de tomber en ruines !

Les Epidémies.

La peste dans l'Afrique du Sud. — L'apparition de la peste inquiète fort les autorités du Cap. Le 8 février, on écrivait aux journaux : Les autorités ne sont pas encore sûres que la maladie qui a fait son apparition dans la ville soit la peste ; néanmoins, toutes les précautions ont été prises. Un bactériologiste désigné par le gouvernement est en train de faire des expériences. Plusieurs consultations de spécialistes éminents ont eu lieu ce matin. Le conseil du port offre une prime de 30 cent. par chaque rat tué; dans les docks, on procède à un massacre général de ces rongeurs. On propose de soumettre à une quarantaine la partie des docks infectée. Des poisons et des désinfectants vont être placés dans les égouts : des pièges à rats seront mis gratuitement à la disposition des indigènes.

Le doute cependant n'est plus actuellement possible, et le Cap est considéré comme un port contaminé où la peste fait tous les jours de nouvelles victimes.

La peste en Angleterre. — Cardiff, le 8 février. La municipalite, pour empêcher tout développement de la peste, offre 40 centimes par chaque rat capturé sur le territoire municipal.

Glasgow, 9 février. — Vingt-six nouveaux cas de petite vérole et trois décès ont été constatés. Le nombre des cas en traitement s'élève à quatre cent soixante-sept.

Mesures contre la peste. — Marseille, 12 février. La direction du service de santé à Marseille a reçu une dépêche ministérielle l'avisant que la peste était officiellement constatée à Capetown. Des mesures de surveillance seront prises, bien que les relations commerciales directes entre Marseille et Capetown soient assez rares. Mais la circulaire du 1er octobre 1900 prescrit d'une façon générale des mesures d'observation des navires arrivant des points contaminés et même des localités ou ports avoisinants, ce qui est le cas pour les ports de la côte orientale, comme Durban, dont les relations sont fréquentes avec Marseille. En ce qui concerne les provenances d'Angleterre, Cardiff, Glasgow, Hull, ports contaminés, les mesures prescrites à Marseille sont identiques à celle des ports océaniques. (*Havas.*)

Les villes de Hambourg et de Brême ont envisagé la nécessité de prendre des mesures pour empêcher la propagation de la peste qui sévit au Cap. On reproche à l'Angleterre d'avoir importé la peste de Bombay avec les contingents hindous et l'on redoute que les Anglais ne prennent pas les mesures suffisantes pour sauvegarder les ports européens de ce fléau. (*Havas.*)

La scarlatine au collège Stanislas. — Des cas de fièvre scarlatine ayant été constatés au collège Stanislas, deux classes ont dû être licenciées, la quatrième et la classe préparatoire. L'épidémie semble s'être déclarée à la suite de la rentrée prématurée d'élèves atteints de cette maladie et imparfaitement guéris. (*Le Matin.*)

La grippe au camp d'Avor. — La grippe infectieuse sévissant au camp d'Avor, tous les militaires, envoyés en congé le 26 janvier pour huit jours, ont reçu une prolongation jusqu'au 15 février. — Plusieurs nouveaux cas de fièvre typhoïde sont signalés au 37e d'artillerie.

La lèpre en Océanie. — Toujours la lèpre. Ce fléau a envahi l'Océanie. Elle menace de détruire ce qui reste de races indigènes. Notre colonie de Tahïti n'a pas échappé à la contagion. Le mal y a été importé par des immigrants chinois. Il n'y a pas de temps à perdre pour arrêter le développement de la lèpre. On se propose de le conjurer par l'isolement des contaminés. C'est l'unique remède employé jusqu'ici dans les autres parties du globe où sévit l'implacable fléau. Peut-être arrivera-t-on à préserver de ses atteintes la population intelligente, laborieuse et vraiment intéressante de Hawaï.

La fièvre jaune au Sénégal. — M. Stanislas Ferrand, député de la Seine, dont un parent est mort récemment de la fièvre jaune au Sénégal, où il venait d'arriver, se propose d'interpeller le ministre des colonies sur l'état sanitaire de notre colonie.

A ce sujet, un de nos correspondants qui a des relations constantes avec le Sénégal, écrit de Bordeaux au *Journal des Débats* : Il est malheureusement vrai que la situation n'est pas encore satisfaisante et réclame les plus grandes précautions. Il y aurait de l'imprudence, notamment, à faire partir en ce moment d'assez nombreux Européens pour cette colonie, car il est fort possible que l'épidémie, qui ne cesse de se manifester par des cas isolés, se réveille et les atteigne. Ce qu'il faut, c'est étudier les mesures propres à faire disparaître complètement cette épidémie qui, depuis si longtemps, ravage le pays, et à en prévenir le retour.

Une commission vient d'être désignée à cet effet et elle arrivera bientôt à Dakar, mais il faudra au plus vite appliquer les remèdes qu'elle aura à proposer, car on a beaucoup tardé à la constituer et à la faire partir, alors qu'elle était réclamée depuis longtemps par tous les commerçants qui font des affaires au Sénégal. Si l'on veut arriver à un résultat avant la mauvaise saison, il faut que l'administration centrale des colonies apporte à la solution de cette question plus de hâte qu'elle n'en a mise jusqu'ici.

L'état sanitaire à Lourenço-Marquès. — Lourenço-Marquès, 12 février. — La saison des fièvres est exceptionnellement mauvaise et il y a un grand nombre de malades. Beaucoup de décès se sont produits dans la colonie anglaise, et la plus grande partie des employés du chemin de fer sont atteints. Le navire-hôpital *Oceana* est plein de malades, soit de Lourenço-Marquès, soit de Koomati-Poort. Beaucoup de décès aussi parmi les réfugiés boers. (*Havas.*)

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 20. — *Médecine opératoire* N. R. : MM. Poirier, Lejars, Sébilleau. — 2e *de Doctorat* (2e *série*) N. R. : MM. Gariel, Gley, Retterer. — (2e *série*) N. R. : MM. Ch. Richet, Heim, Launois. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). A. R. : MM. Broca (Aug.), Walter, Lepage. — 4e *de Doctorat* N. R. : MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz. — 5e *de Doctorat* (1re *série*) (1re *partie*). Chirurgie : MM. Terrier, Reynier, Legueu. — (2e *série*) (1re *partie*). Chirurgie :

MM. Delens, Segond, Mauclaire. — (2e *partie)* : MM. Fournier, Gaucher, Méry,

JEUDI 21. — *Médecine opératoire* N. R. : MM. Berger, Poirier, Hartmann. — 3e *de Doctorat (2e partie)* N. R. : MM. Blanchard, Letulle, Thiroloix. — 2e *de Doctorat (1re série)* N. R. : MM. Gautier, Gley, Launois. — (2e *série)* N. R. : MM. Retterer, Langlois, Broca (And.). — 3e *de Doctorat (1re série) (2e partie)*. Oral. N. R. : MM. Guyon, Maygrier, Thiéry. — (1re *partie)*. Oral. N. R. : MM. Raymond, Achard, Teissier. — (2e *série (1re partie)*. Oral. N. R. : MM. Le Dentu, Campenon, Wallich. — (2e *partie)*. Oral. N. R. : MM. Chauffard, Charrin, Vaquez. — (3e *série) (1re partie)*. Oral N. R. : MM. Schwartz, Richelot, Bonnaire.

VENDREDI 22. — 2e *de Doctorat (1re série)* N. R. : MM. Ch. Richet, Rémy, André. — (2e *série)*. N. R. : MM. Gariel, Gley, Retterer. — 3e *de Doctorat (2e partie)*. A.R : MM. Brissaud, Wurtz, Teissier. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Landouzy, Netter, Gaucher. — 5e *de Doctorat (1re série) (1re partie)*. Chirurgie : MM. Reclus, Poirier, Walther. — (2e *série) (1re partie)*. Chirurgie : MM. Segond, Mauclaire, Legueu. — (2e *partie)* : MM. Hayem, Vidal, Méry. — (1re *partie)*. Obstétrique. : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 23. — *Médecine opératoire*. A. R. : MM. Schwartz, Thiéry, Hartmann. — 2e *de Doctorat. (1re série)*. N. R. : MM. Gautier, Retterer, Gley. — (2e *série)*. N. R. : MM. Rémy, Hanriot, Langlois. — 3e *de Doctorat (1re partie)*. Oral. A. R. : MM. Richelot, Bar, Faure. — 5e *de Doctorat (1re série) (2e partie)*. : MM. Troisier, Achard, Dupré. — (2e *série) (2e partie)*. : MM. Joffroy, Ménétrier, Thiroloix. — (1re *partie)*. Chirurgie : MM. Le Dentu, Quénu, Albarran. — (2e *partie)* : MM. Debove, Hallopeau, Marfan. — (1re *partie)*. Obstétrique : MM. Maygrier, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 20. — M. Jacomet. Cholécystotomie idéale avec ou sans cholécystectomie partielle. — M. Malartic. Les injections rachidiennes de cocaïne en obstétrique.

JEUDI 21. — M. Bontant. La fièvre aphteuse chez les animaux et chez l'homme. — Transmissibilité et hygiène. — M. Artaud. Forme nerveuse de la fièvre typhoïde avec contractures. — M. Coureménos. Influence de la variole sur la grossesse et le produit de la conception. — M. Vergnaud. Fièvre typhoïde et tuberculose. — M. Courgeon. L'exploration physiologique et clinique du sens musculaire.

NÉCROLOGIE

M. le Pr PETTENKOFER (de Munich).

Le Pr PETTENKOFER, le grand hygiéniste de Munich, vient de mourir. Dans un accès de mélancolie, il se serait tué d'un coup de feu. Les sciences hygiéniques font en lui une perte irréparable.

Max von Pettenkofer naquit le 3 décembre 1818, à Lichterheim, près de Neubourg, sur le Danube. Il étudia la médecine et la chimie à Munich, Wurzbourg et Giessen, où il fut successivement l'élève de Füchs, de Scherer, de Liebig et de Bischoff. Professeur extraordinaire de chimie à Munich en 1847, il devint, en 1853, professeur ordinaire et se consacra, dès 1866, à l'enseignement de l'hygiène. Ce fut lui qui créa de toutes pièces les services sanitaires de Munich et en assuma la direction. Ce fut lui qui fonda le premier musée d'hygiène (1). Pettenkofer était un partisan absolu du tout à l'égout et de l'épuration des eaux d'égout par le sol.

Nous ne saurions citer ici la longue liste des travaux du professeur de Munich; plusieurs furent faits en collaboration avec le célèbre chimiste Voit. Rappelons qu'avec Hoffmann et Forster, il dirigeait les *Archiv. für Hygiene*, — et qu'il publia un manuel d'hygiène qui en fit le promoteur et le maître incontesté de l'Ecole hygiéniste allemande.

J. N.

FORMULES

XVI. — Contre l'épithélioma.

Acide arsénieux	1 gramme.
Chlorhydrate de cocaïne	1 —
Orthoforme	10 —

Délayer dans un peu d'eau et appliquer à l'état de pâte sur la surface cancroïdale préalablement cruentée. (Danlos.)

(1) Voir à ce sujet le *Progrès Médical* du 3 novembre 1900, page 294, et le *Numéro des Etudiants* de la même année.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 3 fév. au samedi 9 fév. 1901, les naissances ont été au nombre de 1.163 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 437, illégitimes, 163. Total, 600. — *Sexe féminin* : légitimes, 410, illégitimes, 153. Total, 563.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511 629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 3 février au samedi 9 février 1901, les décès ont été au nombre de 987, savoir : 516 hommes et 471 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 1, F. 5, T. 6. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 1, F. 8, T. 9. — Rougeole : M. 2, F. 2, T. 4. — Scarlatine : M. 0, F, 0, T, 0. — Coqueluche : M. 2, F. 4, T. 6. — Diphtérie et Croup : M. 10, F. 5, T. 15. — Grippe : M. 3, F. 5, T. 8. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0, — Autres maladies épidémiques : M. 2, F, 1, T. 3. — Tuberculose des poumons : M. 144, F. 67, T, 211. — Tuberculose des méninges : M. 11, F. 6, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 1, T. 12. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 15, F. 39, T. 54. — Méningite simple : M. 7, F. 4, T. 11. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 29, F. 21, T. 50. — Maladie organique du cœur : M. 38, F, 53, T. 91. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 11, T. 17. — Bronchite chronique : M. 9, F. 11, T. 20. — Pneumonie : M. 18, F. 29, T. 47. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 58. F. 59, T. 117. — Affection de l'estomac (cancer exc.) : M. 5, F. 1, T. 6. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 4, F. 1, T. 5; autre alimentation, M. 5, F. 3, T. 8. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 3, F. 2, T. 5. — Hernies, obstruction intestinale : M. 1, F. 4. T. 5. — Cirrhose du foie : M. 9, F. 6, T. 15. — Néphrite et mal de Bright : M. 12, F. 10, T. 22. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 6, T. 6. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 13, F. 9, T. 22. — Débilité sénile : M. 20, F. 10, T. 30. — Morts violentes : M. 19, F. 6, T. 25. — Suicides : M. 11, F. 3, T. 14. — Autres maladies : M. 49, F. 64, T. 113. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 9, F. 5, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 77, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 16. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 21, illégitimes, 14, Total : 35.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — A la suite du concours ouvert le 3 décembre 1899, MM. Tissot, Le Couëdic, Gimbal, Inglessi et Duflos ont été nommés *internes titulaires* des asiles par arrêté préfectoral du 30 janvier 1900, et MM. Loëw, Levassort, Lobligeois, David et Abramoff *internes provisoires*. — La *question écrite* était la suivante : Anatomie et physiologie du faisceau pyramidal et des voies motrices. — Les *questions orales* données ont été les suivantes : Symptômes, signes et diagnostic de l'embolie pulmonaire; Diagnostic et traitement de la rétention d'urine; Symptômes et marche de l'insuffisance aortique; Diagnostic et complications des fractures de côtes; séméiologie des hémorragies intestinales; Diagnostic de l'occlusion intestinale.

ASILE D'ALIÉNÉS DE PRÉMONTRÉ. — Une place d'interne est vacante à l'asile public d'aliénés de Prémontré (Aisne). — S'adresser au Directeur médecin.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés *officiers de l'Instruction publique* : MM. les Drs Chauvain, F. Delisle, Perchaux (de Paris); Brallet (du Thillot) C.-A. Castaing (ancien médecin militaire). — *Officiers d'Académie* : MM. les Drs Bizard, Coudert, Gaillard, L. Genouville, Monod, Pineau, Riche, M. Sée, Wuillomenet (service médical de l'Exposition universelle); C.-F. Boissier, M. Boulay, de Bourgon, Chompret, Descoust, Lorain, G.-E. Petit, Posth, J.-A. Sicard, Sicard de Plauzoles (de Paris); Chaussinand (de Saint-Dizier); Leroy (du Havre); Allaire (vétérinaire militaire). — Notre collaborateur, le Dr BOISSIER, vient d'être nommé officier d'Académie. Tous nos lecteurs et ses nombreux amis applaudiront à cette distinction trop modeste pour le vaillant secrétaire général de la Ligue anti-alcoolique qui fut un des plus actifs et des plus dévoués organisateurs du Congrès international anti-alcoolique de 1899. (*La Rédaction.*)

Mérite agricole. — MM. les Drs Berry, Peyre (de Paris); Joy (de Boulogne-sur-Seine) et Mercier (de La Bazoche-Gouet) sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

CONCOURS DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgiens des hôpitaux de

Paris sera ouvert le lundi 25 mars 1901, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration, de midi à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 18 février et sera clos définitivement le lundi, 4 mars à trois heures.

Cours d'économie hospitalière. — Un cours d'économie hospitalière sera ouvert prochainement à l'Université de Columbia. Il sera réservé aux infirmières se préparant aux fonctions de surveillante générale des hôpitaux ou de directrice d'école d'infirmières. (*La Revue Philanthropique*, du 10 février 1901).

Exposition de l'Enfance. — M. Georges Leygues, ministre de l'instruction publique, vient d'accorder son patronage à l'exposition de l'enfance qui doit s'ouvrir en avril prochain au Petit Palais des Champs-Elysées. Comme plusieurs mères de famille se présentent depuis quelques jours au Petit Palais, amenant de superbes enfants dont elles sollicitent l'inscription. on nous demande de rappeler qu'il ne s'agit pas d'un concours de bébés, mais bien d'une exposition générale, artistique et rétrospective de tout ce qui intéresse l'enfant. Jusqu'au 15 mars prochain. c'est au secrétariat provisoire 14, place Dauphine, que doivent être adressées toutes communications relatives à cette exposition. (*Le Temps*, du 8 février 1901).

Nécrologie.— Nous apprenons la mort de M. Rasse, interne de l'asile d'aliénés de Prémontré. Il était né à Rouen, en 1841. Après avoir passé plusieurs années comme interne à l'asile d'aliénées de Saint-Yon, il fut nommé interne à Prémontré, en 1874, fonctions qu'il a conservées jusqu'à sa mort; c'était assurément le plus ancien interne de tous les asiles. Il avait été nommé maire de Prémontré, ce qui lui a permis de rendre des services administratifs à son asile.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Pr Raymond : *Clinique des maladies du système nerveux.* Mardi et vendredi, à 10 heures. — M. le Dr Jules Voisin : Conférences sur les maladies mentales et nerveuses, les jeudis, à 10 heures du matin.

Hopital de la Charité (Amphithéâtre Potain). — M. le Dr Maygrier, agrégé : *Leçons cliniques d'obstétrique*, jeudi à 10 heures.

Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts. — Mardi, à 1 h. 1/4, M. le Dr Trousseau, thérapeutique oculaire externe. Mercredi, à 1 heure, M. le Dr Kalt, chirurgie oculaire. Jeudi, à 2 heures, M. le Dr Dubief, Démonstration d'anatomie pathologique et de bactériologie. Vendredi, à 2 heures, M. le Dr Valude, clinique ophthalmoscopique. Présentation de malades. Samedi, à 2 heures, M. le Dr Chevallereau, médecine légale oculaire. — Consultations et opérations à 1 heure.

Hopital Saint-Antoine. — *Conférences de radiologie médicale.* — M. le Dr A. Béclère, le Dimanche à 10 heures du matin (salle de conférences de l'hopital); nouvelle série de *huit conférences* sur les *premières notions de radiologie*, indispensables à la pratique de la Radioscopie et de la Radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades. — *Exercices pratiques de Radiographie.* Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du Dr Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine, tous frais compris.

Hopital de la Pitié. — M. le Dr Albert Robin, le mercredi à 9 heures et demie, dans l'amphithéâtre des cours de la Pitié : leçons de clinique thérapeutique. — Objet du cours : Maladies organiques de l'estomac.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc.) — *Service de M. le Dr P. Marie.* Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique, publié avec la collaboration de MM. Brault et Letulle, T. I (3e édition). Grand in-8, de IV-910 pages. Prix . . . . 25 fr.

Nimier (H.) et Laval (Ed.). — Les explosifs, les poudres, les projectiles d'exercices. In-18 de 192 pages, avec 18 figures. Prix . . . . 3 fr.

Nimier (H.) et Laval (Ed.). — De l'infection en chirurgie d'armée. In-18 de 400 pages, avec figures. Prix . . . . 6 fr.

Nimier (H.) et Laval (Ed.). — Les Armes blanches. Leur action et leurs effets vulnérants. In-18 de 488 pages, avec 37 figures. Prix . . . . 6 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille, 19.

Chauveau (C.). — Le pharynx, anatomie et physiologie, avec une préface du Dr Polaillon. In-8 de 404 pages, avec 165 figures.

Crespin (J.-C.). — La fièvre typhoïde dans les pays chauds (régions prétropicales, Algérie). Volume in-4 de XII-192 pages. — Prix . . . . 5 fr.

Gélineau (J.-B.). — Traité des épilepsies. Volume grand in-8 de 952 pages. — Prix . . . . 15 fr.

Roger (J.). — Les médecins bretons du XVIe au XXe siècle. Ouvrage orné des portraits de Broussais, Laënnec, Jobert (de Lamballe), Alphonse Guérin, Maisonneuve. In-8 de XIII-198 pages. — Prix . . . . 7 fr.

Lefert (P.). — Aide-mémoire des maladies du cœur. In-8° cartonné de 285 pages, avec 9 figures. Prix . . . . 3 fr.

Lefert (P.). — Aide-mémoire de neurologie. Volume in-18 cartonné de 274 pages, avec 26 figures. — Prix . . . . 3 fr.

Odillon Martin. — Formulaire d'hydrothérapie et de balnéothérapie. Volume in-18 cartonné de 252 pages, avec 17 figures. — Prix . . . . 3 fr.

Puech (A.) et Fromaget (G.). — Précis d'ophtalmologie journalière. Volume in-18 cartonné de 368 pages, avec 32 figures. — Prix . . . . 5 fr.

Saulieu (J.) et Dubois (A.). — Conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris. *Anatomie, pathologie et Petite chirurgie.* In-4 de 40 pages, avec figures dans le texte. — Prix . 1 fr.

Terson (A.). — Chirurgie oculaire. Volume in-18 cartonné de 540 pages, avec 129 figures. — Prix . . . . 7 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 8. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 23 FÉVRIER 1901.

Le Progrès Médical

STOMATOLOGIE

Etude sur la stomatite aphteuse et sur son influence dans l'évolution des affections chroniques ;

Par le Dr Gabriel ARTHAUD.

Depuis un peu plus d'un an, il s'est developpé à Paris et dans une grande partie de la France, principalement dans les départements de l'Est, du Nord et de l'Ouest, mais principalement dans ces deux dernières directions, une épidémie de stomatite aphteuse très caractérisée. Cette épidémie a présenté, en majeure partie, les caractères déjà décrits par divers auteurs, surtout en Allemagne, dans les mêmes circonstances et à diverses périodes. Mais son extension aujourd'hui très grande, ses phénomènes initiaux, ses retentissements ultérieurs et enfin sa gravité relative chez les individus affaiblis par des affections chroniques antérieures, nous font considérer comme utile, au point de vue de la médecine et de l'hygiène générale, de tenter d'en faire une description assez complète La marche de cette épidémie a été assez curieuse. Elle a débuté, au moins d'après les renseignements que nous avons pu recueillir et d'après nos observations directes, par plusieurs foyers distincts à Paris, dans l'Est et dans le Nord, presque simultanément. Les premiers cas que nous avons observés ont été des plus typiques, fortement fébriles ; ils se sont montrés dans la même semaine dans divers quartiers du XIe arrondissement, à Paris, chez des malades de l'Est et du Nord, principalement du côté du Pas-de-Calais. Puis nous les avons vus faire leur apparition dans divers points de l'Ouest, surtout dans le Finistère, où nous avons pu les suivre d'assez près.

Après quelques mois d'accalmie relative, cette épidémie semble devoir reprendre, bien que légèrement modifiée dans ses caractères et dans sa tendance relative à l'atténuation. Malgré cela, si les cas sont plus légers et si dans l'ensemble ils sont devenus plus bénins et moins typiques, ils ont acquis une plus grande extension, et laissent après eux des phénomènes généraux graves, curieux à plus d'un titre, qui peuvent avoir sur la santé de beaucoup de chroniques un retentissement désastreux. C'est ainsi que nous avons vu chez des tuberculeux ou des cardiaques survenir des bronchites fétides, des dysenteries plus ou moins tenaces, des méningites à formes presque foudroyantes (trois à quatre jours au plus). Ces processus divers nous ont paru prélever chez l'enfant, le débile ou le vieillard un tribut trop important pour qu'il soit possible de le négliger. C'est en raison de ces faits que nous avons cru devoir faire de l'épidémie régnante une étude un peu plus détaillée que nous n'en avions primitivement l'intention.

L'étude symptomatique des divers cas qui ont évolué sous nos yeux est assez délicate, surtout si l'on compare les cas initiaux et les cas actuels.

Cependant, en observant avec attention, on remarque que l'évolution générale reste assez constante et la succession des symptômes est toujours très exactement la même ; il importe seulement de ne pas se laisser tromper par la polymorphie apparente de certaines manifestations et de s'habituer à les reconnaître, même dans les formes les plus atténuées.

Le début est en général brusque ; mais cependant chez les malades que j'ai pu observer, on retrouve facilement une très courte période d'incubation d'un jour ou deux caractérisée par de la fatigue, de la constipation légère, de l'inappétence et de l'insomnie avec légère exacerbation nocturne de la température (38°). L'invasion se caractérise par de la fièvre plus marquée; quelquefois par un frisson, surtout le soir, et le malade s'alite ou garde la chambre. Il se plaint d'un léger mal de gorge avec état gastrique. Cet état persiste un jour ou deux, sans caractéristique essentielle autre qu'une légère rougeur du pharynx et un état saburral assez marqué.

Cependant la fièvre augmente et sa courbe ascendante se poursuit avec légère rémission matinale d'environ un demi-degré.

Puis au troisième jour où cette fièvre arrive à son paroxisme ; on voit survenir, surtout chez l'enfant, une éruption à la fois érythémateuse et vésiculaire très caractéristique.

L'aspect général est celui d'un rash scarlatiniforme en placards, mais avec un semis très confluent de vésicules miliaires extrêmement petites, acuminées, contenant un liquide sanguinolent (forme hémorragique) ou bien transparent et à peine visible (forme érythéma-

teuse et miliaire) ou enfin parfois opalescent et purulent (forme miliaire). Cette éruption couvre tout le corps ; elle se montre aussi dans la bouche et sur les muqueuses.

différents. En effct, la fièvre est trop faible et l'éruption un peu tardive pour la scarlatine ; au contraire l'éruption est plutôt hâtive et l'état catharral trop faible pour la rougeole. Enfin l'état général est relativement trop

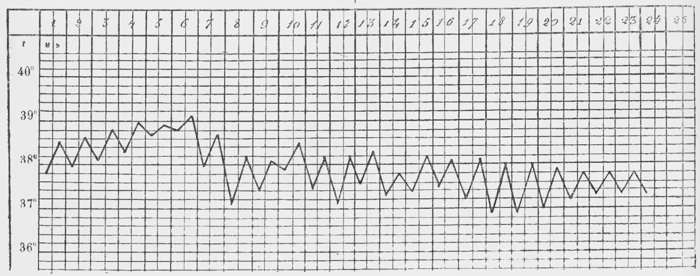


Fig. 21. — Courbe thermique d'une fièvre aphtheuse d'intensité moyenne.

Cette éruption est le plus souvent assez fugace (une ou deux heures parfois), mais elle peut persister plus longtemps surtout dans les formes hémorragiques (un à dix jours). Suivant son aspect et en attendant l'évolu-



Fig. 22. — Eruption a forme hémorragique (partie postérieure du corps).

tion ultérieure, elle donne lieu à des erreurs de diagnostic. Elle est surtout prise pour une éruption de purpura, de scarlatine ou de rougeole ; selon le degré de confluence ou de coloration des placards érythémateux.

Les symptômes généraux, cependant, en outre des caractères propres à l'éruption elle-même, sont assez satisfaisant pour un purpura. Quel que soit, en tous les cas, le diagnostic porté, l'incertitude ne saurait durer, car à mesure que l'eruption s'efface sur la peau, les phénomènes s'accentuent vers la bouche et les muqueuses internes. Au milieu de la continuation de l'état



Fig. 23. Éruption a forme hémorragique (partie antérieure).

fébrile, presque sans rémission matinale, les vésicules qui se montraient dans les cavités buccales deviennent confluentes et, vers le cinquième ou le sixième jour, elles se fondent par plaques en des élevures, tantôt disséminées, offrant l'aspect d'une manifestation herpétique, tantôt entraînant la formation de saillies de la muqueuse. Suivant les cas, l'ulcération qui suit rapidement ces phénomènes éruptifs offre l'aspect d'apthes simples

ou le plus souvent d'ulcérations cratériformes suppurantes, à odeur fétide *sui généris* rappelant à la fois l'odeur butyrique et l'odeur gangreneuse. Dans les formes simples il se produit des ulcérations plates, membra-neuses ou diphtéroïdes. Dans les formes graves les ulcérations deviennent saillantes, cratériformes, suppurantes envahissant la langue, le voile du palais, les lèvres, et même se prolongeant sur l'œsophage ou le larynx, déterminant ainsi l'aphonie de la bronchite fétide et des spasmes horriblement douloureux de l'œsophage. Du côté des muqueuses internes les phénomènes sont probablement de même ordre, car on voit toujours survenir une diarrhée dysentériforme, à odeur typique et semblable à celle que l'on perçoit au niveau des premières voies digestives.



Fig. 24. — Ulcérations labiales, les unes saillantes, les autres affaiblies, et envoi de régression avec gonflement surtout marqué au niveau de la lèvre inférieure.

Ces ulcérations marquent la décroissance de l'état fébrile. Elles peuvent disparaître rapidement, mais elles persistent néanmoins de cinq à dix jours suivant leur gravité, déterminant par leur suppuration une faiblesse extrême, des poussées fébriles vespérales, avec rémission matinale très marquée.

Tel est le type moyen et à peu près uniforme que nous avons observé. En thèse générale, et quel que soit la gravité du retentissement de ces symptômes sur un état général antérieur, les accidents que nous venons de décrire ne nous ont pas paru entraîner la mort et il ne nous a pas été possible d'avoir l'étude anatomique des lésions internes. Les malades que nous avons observés ont quelquefois succombé, mais tardivement, aux suites de leur affection antérieure aggravée.

Cependant, il est probable aussi que cela s'est produit dans d'autres épidémies, qu'il y a eu des cas graves par eux-mêmes. Nous avons souvenir d'avoir observé, de 1880 à 1885, des exemples de ce genre suivis de mort et dont nous avions pratiqué l'autopsie et conservé des préparations. Ces cas avaient été envisagés comme des fièvres typhoïdes à petites ulcérations intestinales, et comme des scarlatines anormales à éruption miliaire. Il est donc possible que l'attention étant attirée sur ce point, on rencontre des faits favorables à une étude anatomo-pathologique plus complète.

Mais les symptômes morbides étant écartés et la fièvre définitivement disparue, on assiste, dans beaucoup de cas, après une période de calme, à des récidives de la maladie.

Au point de vue spécial qui nous occupe, ces récidives constituent peut-être le danger le plus grand de cette affection, car, chez les chroniques, la réapparition des symptômes, à grand peine écartés, entraîne fatalement le découragement du malade et l'affaissement complet de l'état général. Sans doute, les récidives sont toujours moins graves que la première atteinte, mais d'abord elles sont quelquefois multiples et se présentent sous des formes trop désagréables pour ne pas entraîner, à la longue, une anémie profonde et une décroissance progressive des forces.

En effet, quand au bout d'un mois de repos, quelquefois moins, on voit survenir de nouveau des aphtes, puis à la suite tantôt de la bronchite fétide, tantôt une dysenterie tenace, plus tenace que la première fois, ou bien des crises gastriques ou abdominales à douleur en broche horriblement pénible, avec renvois à odeur fétide et dilatations parétiques de l'organe, le malade perd ses forces et se décourage. Quand il s'agit de récidives et que l'on n'a point assisté à l'évolution des premiers symptômes, le diagnostic est parfois très délicat et difficile. En effet, l'éruption est très fugace, très discrète, la fièvre légère, l'éclosion des aphtes peu gênante. Il faut chercher sur la langue, sur les faces des joues, sur la voute palatine, et quelquefois on ne découvre qu'une ou plusieurs petites ulcérations non douloureuses, presque miliaires, entourées cependant d une aréole inflammatoire.

Mais ces petites ulcérations que l'on néglige facilement s'accompagnent d'une haleine mauvaise sinon fétide, d'un liseré gingival très rouge, avec suppuration légère au niveau du collet, surtout au voisinage des dents malades. On observe en outre un aspect particulier de la pointe de la langue qui, sur le fond saburral blanc, présente des papilles saillantes d'un rouge accentué formant semis très net sur le reste de la muqueuse. Ce sont ces quelques phénomènes qui doivent suffire pour remonter à la véritable cause des localisations de bronchite fétide, de dysenterie ou de gastralgie que l'on a sous les yeux.

Ces trois types constituent en effet les formes essentielles des localisations de la fièvre aphteuse. Mais d'autres désordres peuvent exceptionnellement survenir. Nous avons en particulier observé des paralysies du voile du palais, des engorgements glandulaires (mammites, orchites avec hydrocèle) peut-être liés à l'état général antérieur, mais survenant à la période des localisations secondaires. Nous devons ajouter que nous avons observé également, chez quelques tuberculeux, enfants ou adultes, des méningites à marche tellement rapide (trois à quatre jours) que nous serions volontiers porté à croire que la localisation méningée serait possible, chez des prédisposés au moins.

Sans doute, ces méningites pourraient être attribuées à la tuberculose, mais leur acuité, leurs caractères font plutôt penser à une forme de méningite cérébro-spinale épidermique qu'à de la tuberculose.

Il y a peu de choses à dire pour la question du traitement à employer dans ces cas. Ce qui nous a donné les meilleurs résultats, comme traitement interne, c'est l'antiseptie intestinale avec naphtol (2 grammes) et calomel à doses faibles et continues (1 à 2 centigr.) avec adjonction des antipyréques habituels (quinine, sali-

cine, antipyrine). Pour le pansement des aphtes, nous avons eu recours à la teinture d'iode ou à la solution de chlorure d'or à 1 pour 50, que nous employons depuis longtemps dans le traitement des ulcérations laryngées et buccales en raison de ses propriétés antiseptiques et anesthésiques très marquées.

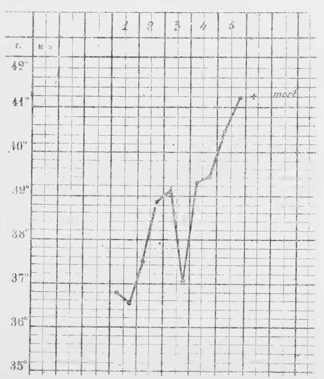


Fig. 25. — Courbe thermique d'un cas de méningite aiguë chez un enfant

Plus importante est la question de l'étiologie de l'affection, et de ses rapports avec la fièvre aphteuse des bovidés. Pour nous, il y a identité absolue entre la fièvre aphteuse de l'homme et celle des animaux, au moins dans l'épidémie actuelle. Sans doute, on considère la fièvre aphteuse des bovidés comme non transmissible en général à l'homme sain ; mais bien que nombre d'épidémies aient été signalées montrant la transmission possible, il faut remarquer que la majorité des cas que je viens de décrire se rapportent à des malades chroniques chez lesquels la réceptivité est plus franche. Nous avons pu observer d'ailleurs une épidémie de maison dans Paris, même épidémie qui paraît s'être propagée à plusieurs familles par la transmission directe ou la consommation du lait fourni par une vacherie située dans l'immeuble. Selon l'état de santé antérieur, les manifestations ont été variables d'intensité chez les diverses personnes atteintes par contamination venant des animaux malades, mais toutes ont présenté des symptômes identiques.

D'ailleurs, l'épidémie de fièvre aphteuse survenue chez l'animal a suivi une marche que l'on peut étudier d'après les mesures prohibitives édictées. Or, dès que la fièvre aphteuse était signalée dans une des contrées où nous avons pu étudier cette question, nous n'avons pas tardé à voir survenir des cas de stomatite chez l'homme. Parfois même, comme en Bretagne, nous avons pu voir se produire de nombreux cas de stomatite qui ont été suivis de l'annonce officielle de l'existence du mal bovin. De plus, si l'on compare la description que l'on peut faire de la marche de la stomatite avec les études correspondantes faites dans l'art vétérinaire, il est facile de voir que l'identité des symptômes, la marche identique de l'affection, ne laissent aucun doute sur l'origine et le mode de propagation de la stomatite aphteuse ou ulcéro-membraneuse de l'homme. Il serait donc important, et c'est surtout pour cela que nous avons cru devoir publier nos observations, de prendre quelques mesures préventives, les unes personnelles, les autres collectives, pour empêcher la propagation actuelle de l'épidémie. Il importe de savoir que le lait, le beurre, la viande peuvent présenter actuellement quelques dangers. Il est bon de dire également que les revaccinations fréquentes en ce moment peuvent servir de véhicule et de moyen de transmission.

Sans doute, le tribut prélevé au point de vue de la léthalité par les désordres de la stomatite aphteuse est nul, ou à peu, près si l'on ne considère que l'homme sain et l'adulte vigoureux. Malgré cela, il importe de savoir que chez les malades, l'enfant et le vieillard, les proportions peuvent se renverser, et que, soit directement, soit indirectement, la fièvre aphteuse des animaux transmise à l'homme peut présenter, au point de vue de l'état sanitaire général, un très grave et très réel danger.

HYGIÈNE

Les procédés de stérilisation et résultats de l'emploi du lait stérilisé ;

Par le Dr Axel JOHANNESSEN, professeur à l'Université de Christiania.

La section de médecine de l'enfance du Congrès international de Paris, 1900, m'a prié de fournir un rapport sur *les procédés de stérilisation et résultats de l'emploi du lait stérilisé*. Je remercie la section de médecine de l'honneur qu'elle m'a ainsi fait et je lui suis reconnaissant de m'avoir donné l'occasion, à moi, représentant d'un petit pays isolé, d'apporter, au milieu d'un auditoire si distingué, ma modeste part contributive à l'étude de cette délicate et complexe question : *l'alimentation de l'enfant*. Ce rapport m'a été demandé, me semble-t-il, afin que j'esquisse, en grandes lignes, l'importance du chauffage du lait et les différentes opinions qui s'y rapportent. Le peu de temps qu'il m'est accordé pour ce discours d'ouverture ne me permet pas d'entrer dans tous les détails du sujet. La première partie de la question comprend les divers procédés employés pour produire le lait stérilisé. Et d'abord que comprend-on par lait stérilisé? On peut appeler lait stérilisé, dans la vraie signification du mot, tout lait dans lequel non seulement les bactéries, mais encore leurs spores, sont détruites, de manière qu'aucune culture nouvelle ne puisse se développer. Pour obtenir cette complète stérilisation, on peut procéder de différentes façons (1). Premièrement, en faisant bouillir le lait très longtemps : 6 à 7 heures à une température de

(1) Flugge. Die Aufgabenung heistungen der Milchsterilisirung gegenuber den Darmkrankheiten der Sauglinge. *Zeitschrift f. Hygiene*. V. 17, 1894, p 271. — Stohmann. Die Milch und Molkerei producte, 1898, p. 398. — Schall. Die Milch, 1891, p. 109. — Marfan. Traité de l'allaitement, 1899, p. 285. — Henri de Rothschild. L'allaitement mixte et l'allaitement artificiel, 1898, p. 111. — Fleischmann. Lehrbuch der Milchwirthschaft, 1893, p. 81. — Monti : Kinderheilkunde in Einzeldorstellingen, v. 1, 1899. — Mauchamp. L'allaitement artificiel, Paris, 1899. — Mme Chaternikoff. Contribution à l'étude de l'emploi du lait stérilisé chez les nourrissons. Thèse de Paris, 1899. — H. Gillet. Formulaire d'hygiène infantile, Paris 1898. — Pierre Budin. Femmes en couches et nouveaux-nés, Paris 1897.

100° C.; ou bien, élevant la température et en diminuant proportionnellement la durée du chauffage. A 102°-103°, on fait bouillir 3 h. 1/2-4 heures; à 105°, 1 heure; à 107°-108° une demi-heure; à 110°, un quart d'heure. Mais par ce procédé, le lait subit de grandes modifications, il acquiert une teinte brun-foncé et un goût désagréable de caoutchouc et ne peut, par conséquent, servir à l'alimentation. On a essayé d'autres méthodes qui consistent à chauffer le lait à la vapeur d'eau sous pression, ce qui permet d'obtenir une plus haute élévation de température. Avec les appareils propres à cet usage, appareils qui coûtent cher en général, on est arrivé à chauffer jusqu'à 110°-120°, tout en conservant au lait sa couleur et son goût, alors que l'ébullition a lieu dans un récipient fermé et sans admission d'air et que le lait a été refroidi immédiatement après l'opération. Mais il est évident qu'une méthode de ce genre par laquelle on doit, pour couvrir les dépenses des appareils qu'elle nécessite, stériliser mille litres de lait en une seule fois, ne peut avoir quelque valeur pratique, excepté pour les grandes industries laitières.

On a aussi employé le *chauffage discontinu* ou *tyndallisation* qui consiste à porter trois fois le lait à une température voisine de 100°, une fois tous les jours pendant trois jours. Le premier chauffage détruit la plus grande partie des bactéries vivantes, mais les spores persistent encore. On abandonne le lait à lui-même ou on le met dans le thermostate; les spores se développent, un second chauffage les détruit. S'il en reste d'autres, elles disparaissent ordinairement au troisième tour. On parvient ainsi à avoir un lait stérilisé qui n'a pas perdu plus de son goût et de sa couleur que le lait bouilli.

L'opération est longue et exige beaucoup d'attention et d'exactitude. Pourtant, c'est ainsi qu'opère une maison anglaise. La société norvégienne bien connue, Dahl, applique les mêmes principes. Cette méthode n'a pas cependant trouvé une grande extension et, pas plus que les autres précitées, elle ne saurait être mise en pratique pour la stérilisation du lait destiné à la nourriture de l'enfant, du moins sur une grande échelle. On a été obligé de renoncer à faire disparaitre tous germes de bactéries et de se contenter d'une stérilisation qui, surtout, détruit les organismes pathogènes vivants et autres bactéries qui ne résistent pas à une température supérieure à 100°; cependant les spores de certaines bactéries, qui ont une plus grande vitalité, ne sont pas anéanties à cette température et peuvent encore se développer dans le lait. On croit pourtant que la destruction des bactéries dans le lait et que le retard de la décomposition du liquide sont d'une certaine importance et, par cela, cette partielle et temporaire stérilisation, ainsi qu'on la nomme, a trouvé un plus grand développement.

Le point d'ébullition du lait est à 100° ou 101°, mais avec le chauffage ordinaire, on n'arrive guère qu'à 96° ou 98°; pour détruire, à ce degré thermique, les différentes bactéries, il est alors nécessaire que l'ébullition se prolonge pendant un certain temps. Cette durée peut être de cinq minutes ou de trois quarts d'heure, peu importe, l'essentiel est que le lait, immédiatement après la cuisson, soit placé dans un endroit d'une température au-dessous de 18°. Un récipient quelconque, fermé ou ouvert, est suffisant pour cette cuisson.

On doit procéder avec une propreté rigoureuse, car si les bouteilles destinées à contenir le lait ne sont pas stériles, on courrait le danger d'une nouvelle infection.

La cuisson se fait également dans les bouteilles mêmes, au bain-marie. Cette méthode peut être employée dans les grandes industries ou dans les familles, lorsque l'on veut obtenir un lait stérilisé en partie. Parmi les appareils propres à produire ce lait en un grand nombre de bouteilles, il faut nommer l'appareil de Neuhauss, Gronwald et Œhlmann, le « Stérilicon » de von Hamm et Flaack, qui peut stériliser jusqu'à neuf cents bouteilles de trois quarts de litre en une seule fois, et ceux encore de Hignette, Tempe, Popp et Becker, Backhaus, Schmidt, etc. Pour la stérilisation partielle dans les familles, on peut employer l'excellent appareil de Soxhlet, qui fit époque et qui, depuis, a servi de modèle à une quantité d'appareils similaires.

On s'est demandé s'il était vraiment désirable de soumettre le lait à une température d'environ 100°, laquelle lui fait acquérir un goût fade de bouilli, alors qu'une stérilisation complète ne peut être obtenue. De plus, ainsi que nous le verrons plus tard, le lait subit, par ce procédé, des altérations qui ne sont pas sans importance dans le rôle qu'il doit jouer comme succédané du lait de femme. On a, alors, essayé d'appliquer au lait les mêmes principes que Pasteur, dès 1868, avait employés pour la conservation du vin, de la bière et autres liquides, méthode que l'on a appelé *pasteurisation*. La température peut varier entre 56° et 80° C.

Un lait est dit pasteurisé lorsqu'il a été chauffé durant quinze minutes à 75°, ou durant trente minutes à 68°.

Il est démontré que la température critique pour les bactéries pathogènes est entre 58° et 60°; pour les bacilles de la tuberculose, elle est un peu plus haute, probablement vers 75° et après dix minutes de cuisson.

Toutefois, il résulte des recherches de Bitter qu'un chauffage porté à une moindre température, mais d'une plus longue durée, peut donner les mêmes résultats.

Avec la pasteurisation comme avec la stérilisation partielle, il est indispensable, immédiatement après l'opération, de conserver le lait dans un endroit frais. La température préférable est de 12° à 14°.

Les appareils à pasteuriser le lait se divisent en deux classes principales.

Dans ceux de la première classe, le lait ruisselle lentement sur une surface métallique chauffée par l'extérieur et s'étend en une mince nappe; il coule ensuite dans un bassin et, finalement, est refroidi par un réfrigérant. Ces appareils sont construits par Thiel, Kuhne, Hockmuth, etc. Dans ceux de la deuxième classe, le lait est contenu dans un vase en cuivre et est chauffé, durant un continuel remuage, par la vapeur qui circule autour des parois extérieures du vase. La vapeur passe ensuite dans le réfrigérant où elle se condense.

Le type de ces appareils, primitivement construits, en 1886, par M. Fjord, professeur à l'Institut agronomique de Copenhague, fut ensuite modifié par Ahlborn, Dierks et Möllmann, Lehfeldt et Lentsch, Reinsch et par Bergroth. Bergedorf l'a aussi imité dans sa turbine à vapeur. Bitter a indiqué un excellent appareil construit par Seidensticker qui consiste en un système de serpentin traversant le récipient où le lait cuit, agité en un continuel mouvement. Dans ces derniers temps, Oppenheimer (1) a aussi désigné un appareil pour la pasteurisation dans les familles.

(1) Verhandl. Der sechzehnten Versamml. der Gesellschaft fur Kinderheilkunde, Munchen, 1899, p. 12.

La stérilisation du lait a pris pour point de départ la loi établie par Pasteur, que les tissus et les humeurs d'un individu sain ne contiennent point de germes, à moins qu'ils ne soient venus du monde extérieur. Il est cependant certain que le lait d'une femme en bonne santé n'est pas exempt de bactéries, mais, évidemment, ces bactéries sont venues du dehors et ont pénétré dans les canaux galactophores ; toutefois, il est démontré que les premières portions du liquide recueilli sont seules contaminées, ensuite le lait est stérile. Les bactéries qui se montrent dans le lait de vache peuvent provenir de la malpropreté, soit pendant, soit après la traite ou encore de la vache elle-même et, dans ce cas, elles sont susceptibles de transmettre la maladie dont la bête est atteinte. Le premier groupe des bactéries peut quelquefois contenir des bactéries pathogènes, mais il renferme surtout des saprophytes qui, quoique n'étant pas pathogènes, peuvent produire néanmoins, par leur décomposition, des matières d'un effet toxique pour l'organisme. Les bactéries venues dans le lait par la malpropreté appartiennent d'abord à l'espèce du bacille lactique et à celle des bactéries protéolytiques. La fermentation lactique qui transforme la lactose en acide lactique s'opère sous l'action de microbes ressemblant au bactérium coli ; ils proviennent, vraisemblablement, des excréments de la vache ou de vases souillés dans lesquels on a recueilli le lait. Mais ces bactéries ne sont pas les seules qui produisent la fermentation lactique; Conn et Liechmann ont trouvé d'autres espèces déterminant les mêmes effets. L'acide lactique produit par la fermentation se présente sous deux formes, différant par leurs proportions optiques, proportions qui semblent dépendre des bactéries qui l'ont produit. L'une de ces formes provoque la rotation du plan de polarisation à droite, l'autre à gauche. Un mélange égal des deux formes donne un acide optiquement inactif. Gunther et Thierfelder ont découvert, en 1895, un bacille qui, dans le lait, forme de l'acide lactique en tournant à droite, ce bacille est, en cela, identique à celui de Liechmann. Par contre, Schardinger, en 1890, a trouvé un autre bacille qui produit aussi cet acide en tournant à gauche. Mais ces bactéries ne sont pas seulement dissemblables au point de vue de la formation de l'acide, la différence fait aussi voir dans les autres produits de décomposition causés par la fermentation. Parfois, ils forment de la mannite et parfois de l'acide carbonique abondant, d'autre fois la fermentation a lieu sans dégagement de gaz.

L'importance de ces bactéries pour l'enfant n'est pas encore bien définie. Quelques-uns semblent leur attribuer une action peu considérable, d'autres, comme Duclaux, leur assigne un rôle prépondérant dans les difficultés de la digestion chez l'enfant allaité artificiellement, parce que chez celui-ci, la coagulation du lait est déterminée sous l'action du lab-ferment et non par la formation de l'acide qui peut provoquer un coagulum spontané dans l'estomac avec un retard considérable dans l'opération de la digestion. Les bactéries qui décomposent la caséine sont principalement celles qui vivent dans les couches supérieures du sol, dans le fourrage, dans les excréments humains et dans ceux des animaux, le bacillus mesentericus vulgatus, le bacillus subitilis et leurs variétés.

Cette partie de la bactériologie n'est pas non plus exactement déterminée. En tout cas, il faut croire que plusieurs bactéries qui, autrefois, étaient décrites sous des noms différents appartiennent à ce groupe, de même que le bacillus butyricus (Hueppe), le bacillus albus lactis (Lœffler), les bacilles du lait amer (Hueppe) et les espèces de tyrothrix (Duclaux). Flügge les a désignées sous la dénomination de bactéries peptonisantes du lait, elles sont facultatives anaérobies ou obligatoires aérobies. Elles coagulent la caséine à l'aide d'un ferment qui ressemble beaucoup au lab-ferment, ensuite, elles liquéfient le coagulum en le peptonisant à l'aide d'un autre ferment que Duclaux a appelé *caséase*. Le peptone ainsi formé est nommé *caséone*. La réaction est parfois alcaline et parfois neutre ; d'autre fois, certaines espèces dégagent un peu d'acide (acide lactique, Vignel.) L'action de ces bactéries, dont quelques espèces ont une influence nocive sur le canal intestinal de l'enfant et donnent de la diarrhée aux lapins et aux jeunes chiens, a été en partie attribuée à la peptonisation et en partie aux toxines (Flügge et Lübbert.)

Du côté français, Duclaux a émis une opinion différente et a fait remarquer qu'il était difficile d'admettre que le même pepton formé normalement dans l'intestin pût, en autre temps, agir d'une façon pernicieuse, ou que de nouvelles bactéries peptonisantes aient une si grande importance, alors qu'il existe déjà dans les intestins des milliards de ces bactéries.

En ces derniers temps, Jemma (1) a fait quelques recherches sur l'action des bactéries peptonisantes; il a trouvé que seul le bacillus mesentericus, lorsqu'il est en grande quantité, peut produire des troubles digestifs. Ces bactéries, ainsi qu'on l'a vu, sont capables de résister à une température de 100°. Quant aux bactéries anaérobies, comme le bacillus butyricus (Botkin) et autres, l'opinion paraît mieux s'accorder sur leur importance et, quoique l'on reconnaisse leur nuisibilité, leur rôle est fort restreint parce qu'ils altèrent le lait à un tel point qu'il ne peut être consommé.

Indépendamment de ces bactéries, on en a observé d'autres, appartenant au même groupe, qui produisent parfois des phénomènes d'intoxication et donnent au lait une coloration rouge, jaune, bleue.

Mossler, Zundel et Demme ont fait des descriptions de l'état pathologique d'enfants qui avaient absorbé de ce lait et, dernièrement, un rapport a paru relatant la mort d'un enfant qui avait bu du lait infecté par des bacilles lactiques érythrogènes (Hueppe) (2).

D'un autre côté, Baron (3) essaya de démontrer que ces bactéries, de même que les bactéries du lait visqueux-filant n'étaient pas dangereuses. Il est peut-être intéressant de savoir qu'en Norvège on consomme très bien ce lait visqueux. La coagulation est produite par des feuilles de Pingvicula palustris dans lesquelles on trouve une symbiose avec un microbe qui rend le lait visqueux (Streptrococcus hollandais, Weigmann).

Le deuxième groupe des bactéries se compose d'organismes pathogènes. Elles peuvent provenir en partie de la malpropreté et en partie de la vache malade. Basch et Weleminsky (4) supposent que ce sont seulement les bactéries qui peuvent arriver dans le lait qui sont capables de causer des hémorragies et autres accidents dans les glandes mammaires. Probablement qu'une

(1) Recherches sur l'action pathogène des microbes du lait désignés sous les noms de ferments de la caséine ou bactéries protéolytiques. Revue mensuelle des maladies de l'enfant, 1900, p. 20.

(2) Eichert. Durchfall bei einem Kinde nach Verabreichung von roter milch Zeitschrift fur Fleisch- und Milch Hygiène, 1898, v. t. III, p. 86.

(3) Ueber Verunreinigungen der Kuhmilch-und ihre Verhutung, allgem. medic. Centralzeitung, 1896, n[os] 88-89.

(4) Ueber die Ausscheidung von Mikroorganismen durch die thatige Milchdrun. Archiv. f. Hygiene, v. 35, 1899, p. 205.

lésion préexistante peut amener les mêmes désordres. Cette hypothèse est très douteuse en ce qui concerne les bacilles de la tuberculose même, quoique on a trouvé assez souvent qu'une femme tuberculeuse peut produire un lait stérile (Bang).

Au Congrès de la tuberculose, tenu à Berlin en 1899, Bollinger (1) a fait ressortir que le lait des animaux tuberculeux a des propriétés infectieuses, non seulement par une mamelle tuberculeuse et par la tuberculose générale, mais aussi par la tuberculose locale.

(A suivre.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Assistance dans la famille.

Notre distingué collaborateur, M. le Dr A. Marie, médecin en chef de l'Asile de Villejuif, a conçu le projet d'un Congrès d'assistance dans la famille. Au sortir de la période de 1900 où les Congrès de tous genres ont plus particulièrement sévi, le projet de M. A. Marie aurait pu paraître téméraire et l'on aurait pu croire, après avoir parcouru les six volumes du Congrès international d'Assistance de 1900, que sur ces questions tout avait été dit.

Pressentant l'objection, M. A. Marie, dans une communication au syndicat des médecins de la Seine, n'a eu nulle difficulté à démontrer l'opportunité de son projet. Son but est de faire résoudre les plus grandes difficultés de l'Assistance publique ; en abordant le problème par son côté pratique. M. Marie n'a pas la prétention de faire une innovation. L'Assistance familiale ou à domicile existe de très longue date, elle a été fort développée à Paris et dans les grandes villes dans ces dernières années, et la loi sur l'Assistance médicale gratuite l'a définitivement établie en province. En outre le placement des nourrissons, celui des enfants assistés, la création des colonies familiales pour certains aliénés telles que Dun-sur-Auron, dont M. Marie a été lui-même l'organisateur, prouvent que l'idée d'Assistance familiale a déjà fait de sérieux progrès. L'originalité du nouveau projet est de faire de la famille le principal instrument d'Assistance, au détriment de l'hôpital, de l'hospice et de l'asile, désormais simples organisations adjuvantes. En un mot le but poursuivi est la décentralisation de l'Assistance, le renversement complet de l'ordre de choses actuel.

Pour mieux nous expliquer, prenons Paris comme exemple, l'Assistance s'y fait de deux façons : par les hôpitaux et autres établissements et par les secours à domicile. Les hôpitaux et hospices absorbent la plus grande partie du budget, ils sont encombrés de gens qui n'y ont aucun droit, leur entretien est des plus coûteux et leur insuffisance est notoire. La création de nouveaux établissements de ce genre exige, si l'on veut tant soit peu suivre les progrès de l'hygiène, des dépenses formidables (témoins l'hôpital Boucicaut et le sanatorium d'Angicourt), et une fois ces frais considérables payés, l'Assistance reste tout aussi incomplète, le nombre des malades assistés étant infime à côté du chiffre de ceux qui réclament des soins. Donc si c'est par le système des grands établissements que les pouvoirs publics veulent résoudre le problème de l'Assistance, ils courent à une banqueroute inévitable ; il n'est pas de budget pour permettre leur création en nombre suffisant.

Que faire alors ? Mettre au second plan l'Assistance hospitalière et recourir à une organisation toute naturelle, la famille, en la perfectionnant comme instrument d'Assistance. Est-il un mode plus économique, plus humain et plus moral d'assister un malheureux ? On s'étonne que cette méthode ne soit pas plus répandue et l'on trouve véritablement étrange que les timides tentatives d'assistance familiale aient débuté par les catégories les plus difficiles et les plus dangereuses à assister ainsi : les enfants et les aliénés.

Pourquoi ne pas supprimer ces casernes de miséreux que l'on appelle des hospices, où vieillards et infirmes sont entassés dans une promiscuité dégradante ? Pourquoi ne pas permettre à ces malheureux de vivre à meilleur marché au milieu des leurs ? Et, s'ils restent sans parents, est-il bien difficile de leur trouver une nouvelle famille de braves gens ? Apportant chez ces derniers quelques éléments d'aisance, ils y trouveront en revanche les soins et l'affection qui manquent à l'hospice. Nous n'avons pas que l'Assistance du vieillard à donner comme exemple. Il n'est, à l'heure actuelle, question que de sanatoriums. Croit-on que, dans de très nombreux cas, l'Assistance familiale ne remplacerait pas avec avantage ces très coûteux établissements.

Nous avons depuis longtemps rêvé de coquets villages, bien situés dans la montagne ou à la mer, où, sous la surveillance d'un médecin, doublé d'un intelligent maître d'école, des enfants et des jeunes gens malingres, scrofuleux, atteints de tuberculose osseuse, ou même de tuberculose pulmonaire, viendraient recouvrer la santé. Les habitants, largement indemnisés, seraient tenus de leur fournir des chambres suffisamment aérées et proprement tenues. L'éducation spéciale des familles ne tarderait pas à se faire, et nos villageois seraient avant peu de très suffisants infirmiers. Nous entendons l'objection de la contagion de la tuberculose ; mais, n'y a-t-il pas de mesures prophylactiques efficaces ? Et même ne pourrait-on pas faire une sélection et destiner les phtisiques à expectoration bacillaire aux sanatoriums que nous n'avons pas l'intention de supprimer, mais qui seront toujours insuffisants. La création de ces colonies familiales mériterait une longue étude, un examen sérieux à propos de chaque catégorie d'assistés. C'est le travail qu'effectuera le futur congrès, projeté par M. Marie. L'on ne tardera pas à s'apercevoir que ce n'est pas une utopie ; qu'il est temps de ne plus transformer en mètres cubes de pierres et de maçonnerie le plus gros des revenus des pauvres ; que le but de l'Assistance n'est pas de bâtir mais d'assister

On parle de plaies sociales : tuberculose, alcoolisme, misère. On se ligue contre elles, et que trouve-t-on pour les combattre : des crachoirs, des affiches, de bonnes paroles. Ce n'est guère ainsi qu'on coupe le mal

(1) Die Tuberculose unter den Hausthieren. Bericht uber den Kongress zur Bekampfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Berlin, 1899, p. 102.

dans sa racine. Pour venir à bout de ces fléaux, il faut développer l'amour du chez soi, rendre l'habitation du pauvre propre et agréable, le sortir de l'enfer de l'hôtel meublé. Si l'ouvrier trouvait chez lui une installation suffisante au retour de son travail, s'il y était attendu par une famille propre, saine et joyeuse, il ne songerait pas à aller au bar voisin perdre avec la conscience le souvenir de sa misère; dans une demeure bien aérée et ensoleillée, la tuberculose ne se développerait pas ou pourrait être facilement enrayée, et la misère. privée de ses deux principaux fourriers, céderait le pas à la santé et au travail.

Tout cela n'est pas très nouveau. mais jusqu'alors aucune tentative sérieuse n'a été faite dans le but de faire aboutir l'Assistance familiale et de la généraliser. Aussi, souhaitons-nous plein succès au projet de M. Marie, et lui assurons-nous notre entier concours pour le prochain congrès d'Assistance dans la famille.

J. Noir.

La nécessité de l'isolement des contagieux dans les Lycées.

Au petit Collège Stanislas règne une épidémie de scarlatine. Un enfant plus gravement atteint est dans un état critique. La famille est prévenue et le directeur lui annonce qu'il va être obligé d'envoyer le petit malade au sanatorium que l'établissement possède à Bellevue. La mère effrayée pense que si le transport à Bellevue est possible, le voyage à Lagny, chez elle, ne peut guère être plus dangereux. Elle consulte le médecin, qui déconseille le transport, ou plutôt refuse de le conseiller sous sa seule responsabilité. Les parents passent outre, et l'enfant meurt en arrivant à Lagny. Le désespoir de la famille se traduit par les critiques de la presse. Le directeur de Stanislas cherche à expliquer les faits; ils sont, hélas! trop simplement éloquents.

Il est fâcheux que dans de grands établissements où vit une agglomération importante d'internes, il n'existe pas de chambres d'isolement. L'administration qui les exige dans les plus modestes crèches, où les enfants ne séjournent que quelques heures, devrait être plus sévère pour les lycées et les grandes institutions. Il est en outre regrettable qu'on ait voulu transporter un malade gravement atteint, quand le médecin ne voulait pas prendre seul la responsabilité de conseiller ce transport.

Si le directeur de Stanislas n'avait pas voulu imposer le voyage à Bellevue, il est probable que la mère du malade n'aurait pas désiré l'emmener à Lagny. Il eût été d'élémentaire prudence de garder l'enfant à l'infirmerie du lycée, en licenciant les élèves. Le directeur essaye d'atténuer sa responsabilité en citant comme exemple le transport des contagieux de la ville dans les hôpitaux. Nous ferons remarquer que ce transport ne peut être obligatoire, qu'il ne se fait que lorsque le malade ne peut être soigné chez lui, et sur sa demande expresse et celle de sa famille avec la réquisition écrite de l'ambulance urbaine par le médecin. En outre, la situation de l'infirmerie d'un grand collège ne doit rien avoir de comparable à celle du logement exigu d'un ouvrier. Il n'y a pas de remède à ce malheureux accident et il est inutile d'épiloguer plus longtemps sur son compte; espérons qu'il rendra les directeurs des collèges plus humains et plus prudents, et qu'il engagera les administrations de ces établissements à aménager des chambres d'isolement pour les affections contagieuses.

J. N.

Hygiène des Ecoles.

L'*Aurore*, dans son numéro du 18 février, publie une correspondance intéressante sur l'hygiène des écoles à Paris. Nous en extrayons le passage suivant :

« Quant aux classes, plusieurs sont inhabitables. Une, entre autres, a le plafond si bas, 2 m. 80 et des dimensions si restreintes que les élèves (environ 35 ou 37) n'ont pas plus de 1 m. 800 d'air à respirer. Encore cet air est-il vicié par la chaleur du poêle et la lumière du gaz qui est allumé presque toute la journée en hiver. L'air et la lumière ne pénètrent dans cette classe que par *deux* petites ouvertures situées d'un même côté, de deux mètres carrés de surface chacune. C'est le cas de crier : ni air, ni lumière, et ajouter ni propreté, car les murs et le plafond n'ayant pas été nettoyés depuis plus de dix ans sont noirs et poussiéreux. »

Malheureusement, il existe un grand nombre d'écoles qui sont dans un état de propreté douteux : tous les ans, il devrait être fait un lessivage complet de toutes les classes pendant les vacances, et la peinture devrait être refaite tous les deux ou trois ans. Si la République ne pouvait faire au point de vue architectural ce que le catholicisme a fait pour ses églises, elle aurait dû ou devrait faire que toutes ses écoles soient parfaites au point de vue des conditions hygiéniques, qu'elles soient pourvues de cours spacieuses et ombragées pour les jeux et l'éducation physique. Et, comme nous l'avons demandé dans le temps au Conseil municipal, et plus récemment à la Délégation cantonale du V[e] arrondissement, qu'elles soient isolées par des rues des habitations voisines. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 février 1901. — Présidence de M. le D[r] Netter.

Greffes échinococciques.

M. Dévé. — Les kystes hydatiques du péritoine siègent sous la séreuse péritonéale; les germes hydatiques qui leur donnent naissance ont donc une origine extra-péritonéale ; comme ces kystes sont habituellement multiples, les auteurs ont admis une multi-infection primitive par les embryons exacanthes. M. Dévé, par ses expériences, démontre : 1° que les kystes hydatiques peuvent se développer aux dépens des vésicules filles, mais aussi aux dépens des vésicules prolifères et des scolex; ces faits sont confirmatifs des expériences de von Alexinsky et vérifient l'opinion soutenue à la Société de chirurgie, par M. Peyrote ; 2° Les kystes situés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal peuvent provenir de germes échinococciques, (parois, vésicules prolifères ou scolex), tombés dans l'intérieur de la cavité péritonéale. Le siège sous-séreux ne démontre donc pas comme l'ont admis Freund et Katinoff l'origne extrapéritonéale et primitive des kystes. Ces faits éclairent la pathogénie des kystes multiples du péritoine et des nombreuses variétés de kyste de l'abdomen étudiés isolément (kyste du mésentère, kyste du bassin, kyste prostatique). Ces kystes proviennent d'ordinaire de la rupture apparente ou latente d'un kyste abdominal primitif. La même pathogénie s'applique aux kystes sous-pleuraux multiples. Il faut donc, au cours des opérations, protéger les tissus contre les germes échinococciques et surtout

contre les vésicules prolifères (pendant les opérations). Le seul moyen d'éviter l'échinococose post-opératoire secondaire consisterait à tuer les germes dans le kyste par une injection tænicide faite avant l'ouverture large de la poche.

Lécithine en thérapeuthique.

MM. Gilbert et L. Fournier. — Nous avons utilisé la lécithine en thérapeutique humaine et pu observer son action qui paraît s'exercer d'une façon très favorable sur la nutrition en général et le développement des espèces animales comme des espèces végétales. La lécithine favorise l'assimilation de l'azote et du phosphore (Desgrez et Zaky). La lécithine étudiée a été extraite du jaune d'œuf par M. A. Billon. Par la voie gastrique, sous-cutanée ou péritonéale, la lécithine administrée, soit à la dose de deux à cinq grammes à la fois, soit à petites doses (0,10 à 0,20) longtemps prolongées, a démontré que cette substance est dépourvue de toxicité ; les animaux augmentent notablement de poids, fait notable chez les jeunes animaux qui dépassent rapidement les témoins. Chez l'homme la lécithine employée par voie buccale (forme pilulaire 0,10 à 0,50) ou en injections sous cutanées de solution dans l'huile d'olives 0,05 à 0,15 chaque jour ; chez les tuberculeux avec des lésions avancées on observe : augmentation de l'appétit, reprise des forces, augmentation de poids (même dans un cas malgré l'état fébrile), amélioration de l'état général ; dans deux cas diminution de la toux, de l'expectoration, de la quantité des bacilles des crachats. Chez les neurasthéniques, dans plusieurs maladies du système nerveux, on a noté d'une façon générale la reprise de l'appétit, des forces et de l'activité, l'amélioration de l'état général. La lécithine semble donc sans action toxique, son emploi peut être prolongée et donne des résultats encourageants pour l'état général, tant chez les tuberculeux que chez les neurasthéniques.

Le foie dans la gastro-entérite des jeunes enfants.

M. P. Merklen. — Dans les infections intestinales des jeunes enfants et des nourrissons par le coefficient urinaire qui traduit le rapport du carbone à l'azote totale de l'urine, et qui représente le rapport à l'azote de l'urée à ce même total d'azote, on observe que le premier coefficient $\frac{Ct}{Azt}$ augmente pendant que le second $\frac{Azu}{Azt}$ diminue dans les cas où la toxi-infection est très intense et dès qu'elle tend à la chronicité. Dans les formes autres ils s'écartent moins de la normale. Ces faits permettent de juger l'état du foie et de mesurer la part que cette glande apporte à la défense de l'organisme.

Ferment dédoublant le salol.

MM. Nobécourt et P. Merklen. — Le suc pancréatique dédouble dans l'intestin le salol en phénol et acide salicylique, bien que M. Gley ait vu ce dédoublement chez le chien privé de pancréas. *In vitro* les organes de l'homme, du lapin, du cobaye mis en présence du salol, ont donné les résultats suivants :

Le pancréas, pancréatine, bile, muqueuses gastriques, intestins, foie, rate, capsules surrénales, reins, poumon, myocarde, muscles, cerveau, sérum du sang dédoublent le salol ; le lait de femme, le lait de chienne donnent le même résultat, tandis que les laits de vache, chèvre, ânesse restent sans action ; ces résultats s'acquièrent 20 à 37 il est faible à la glacière, n'existe plus après 62-65° pendant une heure, 100° pendant trente minutes, 110° pendant dix minutes ; l'alcalinité s'augmente, l'acidité s'arrête. Cette action semble donc appartenir à un ferment qui agit par hydratation et qu'il faudra comparer à la lipase. Il importe d insister sur la présence de ce ferment dans le lait de femme ou de chienne qu'il faut rapprocher de celles de Béchamp sur le galacto zymon et de M. Marfan sur la lipase.

Angine de Vincent.

MM. Carnot et Fournier ont observé un cas d'angine de Vincent succédant à un abcès gingival d'origine dentaire avec son apparence d'ulcération chancriforme et ayant évolué en trois semaines. Au niveau de l'ulcération amygdalienne et dans la salive, les auteurs ont retrouvé le bacille fusiforme (spirilli fusiforme) et spirille (spirochète). Cultivés sur ascite humaine les auteurs ont obtenu trois passages de spirille fusiforme ; le spirochète n'a pas été obtenu au deuxième passage.

Variations horaires de l'excrétion urinaire.

M. Balthazard. — Le maximum d'extraction urinaire chez l'homme normal atteint son maximum trois ou quatre heures après les repas ; il en est de même pour l'urée dont le taux passe du simple au double (2 gr. 57, à dix heures du soir, et 1 gr. 08, à dix heures du matin).

La toxicité totale va en croissant à partir du réveil, atteint son maximum après le repas de midi et décroit avec un minimum nocturne.

Toxicité du liquide céphalo-rachidien.

Le point cryoscopique du liquide ciphalo-rachidien chez l'homme normal ou atteint de méningite a été déterminé par MM. Widal, Sicard et Ravenet.

La tension osmotique de ce liquide peut encore être déterminée en ajoutant à une petite quantité de ce liquide une goutte de sang du même sujet et à centrifuger le mélange. Si la tension osmotique est normale, la couche limpide que surnage les globules reste incolore et ne dissout ces globules que si à 10 parties de liquide on ajoute 9 parties d'eau.

S'il est hypotoxique, le liquide qui surnage paraît laqué et le devient par addition seulement de deux parties d'eau.

La tension osmotique est diminuée dans les méningites.

M. Simon décrit un hématozoaire pigmenté du sang de la tortue.

M. Antony envoie une note sur un monstre ptygomène.

M. Letulle décrit les lésions anatomo-pathologiques du déciduome. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 février. — Présidence de M. F. Riche.

Discussion sur l'appendicite.

M. Championnière signale divers faits pratiques de haute importance : 1° Fréquence croissante des appendicites, de ses formes toxi-infectieuses graves, des abcès de la fosse iliaque ; 2° Rôle étiologique de la grippe, et peut-être plus encore de l'alimentation carnée ; 3° Grande utilité des purgatifs, les véritables antiseptiques de l'intestin dans la prophylaxie et dans le traitement. Le purgatif combat l'infection intestinale, l'opium la favorise.

M. Robin, se fondant sur la fréquence de l'appendicite dans l'hypersténie gastrique, appuie ces idées sur le rôle de l'alimentation carnée. Lui aussi a pu, par les purgatifs, éviter souvent l'intervention chirurgicale.

M. Labbé attache une grande importance aux épidémies de grippe. L'influence de la grippe a été justement signalée par M. Faisans et par M. Jules Simon.

M. Laucereaux a obtenu les meilleurs résultats des purgatifs et des lavements froids. Il cite une observation d'accidents très sérieux enrayés en quelques jours par cette méthode.

La discussion continuera dans la prochaine séance. Elle sera, on le voit, d'un extrême intérêt pratique.

Etiologie et pathogénie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique chez le palustre

M. Toussaint, médecin-major, à la suite de recherches, est arrivé aux conclusions suivantes : 1° Il existe un rapport étroit de cause à effet entre l'infection palustre et le

syndrome décrit sous le nom de fièvre bilieuse hémoglobinurique des pays chauds ; 2° Le syndrome de la bilieuse hémoglobinurique est réalisé par un processus de déminéralisation sanguine passagère spécial, conséquence des altérations hépatiques dues au paludisme ; 3° Le traitement de cette forme particulière du paludisme doit consister : a) dans l'emploi des sels de quinine à petite dose ; b) dans la minéralisation du plasma sanguin par des injections hypodermiques et, au besoin, intra-veineuses de la solution physiologique de chlorure de sodium.

L'agrafage de la peau.

M. Berger lit un rapport sur cet intéressant procédé de suture parfait, rapide, mais un peu délicat, imaginé par M. Michel.

La variolisation.

La variolisation est encore en usage chez les indigènes en Algérie. M. Trolard (d'Alger), se fondant sur ses dangers comme contagion, demande à juste titre qu'elle soit formellement interdite. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 février 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Perforation intestinale et suralimentation dans la fièvre typhoïde.

M. Vaquez constate la rareté des perforations intestinales dues à la suralimentation dans la fièvre typhoïde.

M. Comby pense qu'il est inutile de donner aux typhiques une alimentation autre que le lait et les liquides, quand ees derniers suffisent à nourrir le malade.

M. Vaquez remarque que, parmi les aliments, le lait est un de ceux qui donnent dans l'intestin le résidu le plus abondant.

M. Joffroy propose de mettre à l'ordre du jour la question de la suralimentation dans la fièvre typhoïde.

Traitement de la syphilis durant la grossesse.

MM. Gaucher et Besnard préconisent chez les femmes enceintes le traitement par les sels mercuriels solubles. Ils prescrivent, durant un mois, des injections sous-cutanées profondes de benzoate de mercure à la dose quotidienne de deux centigrammes. Ils administrent ensuite, pendant vingt jours, deux pilules par jour, de sublimé et d'extrait thébaïque de un centigramme de chaque, et font suivre ce traitement de dix jours de repos et ainsi de suite jusqu'au terme de la grossesse. Si la malade est albuminurique, ils ordonnent la diète lactée et prescrivent encore le traitement mercuriel en tenant compte de la perméabilité des reins pour la dose de benzoate de soude qui doit être moitié moins forte si le rein est peu perméable.

Pneumonie à rechute.

M. Hallopeau cite l'observation d'un malade qui a eu, à sept jours d'intervalle, deux pneumonies précédées chacune d'une éruption de zona.

Albuminurie orthostatique et rein mobile.

M. Nivière (de Vichy) adresse une observation d'albuminurie orthostatique chez un malade atteint de rein mobile. Une bonne ceinture maintenant le rein, a fait disparaître l'albuminurie qui réapparaît quand la ceinture se relache, si le malade reste debout. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 février 1901. — Présidence de M. Delens.

Traitement du cancer.

M. Launois lit une observation fort intéressante de néoplasme ulcéré du sein, traité par des injections d'un sel soluble de quinine et qui a rétrocédé d'une façon considérable, aussi bien au point de vue local qu'au point de vue de l'état général.

M. Poirier a vu deux fois la malade de M. Launois et il a constaté d'une façon très nette l'amélioration.

M. Berger fait observer qu'il y a, en effet, une amélioration, mais l'affection n'est pas encore guérie.

M. Tuffier a constaté une influence à peu près semblable par l'emploi d'autres médicaments, tel le cacodylate de soude.

M. Bazy a même observé une amélioration spontanée de ce genre, et il en rapporte un exemple qu'il a eu récemment sous les yeux.

M. Quénu a fait des tentatives avec les différentes médications que l'on a mises en avant, tels la quinine, le cacodylate, et jamais il n'a constaté la moindre amélioration, pas plus qu'avec le sérum de M. Wlaïëf, qui même, dans un cas, a donné de la fièvre et a aggravé le cas.

M. Félizet pense que la morale doit être la suivante : à la suite de cure médicale d'un néoplasme, il faut faire les injections par le procédé de M. Jaboulay pour éviter les récidives.

M. Berger fait remarquer que si la Société de Chirurgie ne peut s'occuper de la question de doctrine au sujet du sérum de M. Wlaïëff, tout chirurgien est tenu de lire les recherches qui peuvent paraître sur cette question et de les suivre avec intérêt. Quant aux faits, M. Berger a quelques observations personnelles et il a constaté plusieurs points intéressants : amélioration manifeste de l'état général et même de l'état fonctionnel local, suppression fréquente des douleurs et des hémorragies ; malheureusement la méthode ne paraît pas modifier sensiblement l'état matériel de la tumeur.

M. Nimier a confié à M. Wlaïëff un de ses malades chez lequel le traitement n'a rien donné.

M, Chauvel lit un rapport sur trois observations de M. Dubujadaun (médecin militaire), concernant l'une, une résection du péroné, l'autre une suture de la tête du péroné avec suture latérale du sciatique poplité externe rompu et dont le bout supérieur était introuvable, avec le nerf sciatique poplité interne, la suture n'a point été suivie du rétablissement des fonctions du nerf ; enfin, une troisième observation concernant une hernie caractérisée par la présence du cæcum et de l'appendice, de l'intestin grêle et d'une partie du gros intestin.

Schwartz.

ENSEIGNEMENT

Discours prononcé à la distribution des prix et des diplômes à l'École de la Salpêtrière.

(28 juillet 1900.)

Par Bourneville

Rappelons les passages suivants de la discussion au Conseil municipal publiée dans le n° du 7 juillet :

M. Edmond Lepelletier. — Dans toutes les distributions de prix, M. Bourneville a toujours parlé.

M. le Directeur de l'Assistance publique. — Il est *absolument naturel* qu'il *rende compte des travaux* des écoles, puisqu'il en est le *directeur* ; il vient tout simplement dire ce que les élèves ont fait dans le cours de l'année.

M. Edmond Lepelletier. — Oui, il a pris la parole et nous voulons qu'il ne la prenne plus.

Ceci se passait le 20 juin. Quelques jours plus tard, le 7 juillet, M. le Directeur de l'Assistance publique nous écrivait :

Monsieur le Docteur,

J'ai l'honneur de répondre à la lettre par laquelle vous me demandez de fixer la date de la distribution des prix de l'école d'infirmières de Bicêtre. — Sans vouloir dès à présent engager l'avenir, ni fixer définitivement le mode de distribution des prix qu'il me semblera juste d'adopter, je me propose cette année, au moins et à l'occasion de l'Exposition, d'apporter une modification assez importante au programme habituel de nos distributions de prix. J'ai décidé, en effet, que les distributions qui ont lieu dans chaque établissement-école,

au lieu de prendre le caractère d'une cérémonie, auraient celui d'une réunion tout intime à laquelle seraient seulement conviés et admis les professeurs et les élèves de l'école ; il ne serait pas lancé d'invitations au dehors et aucun discours ne serait prononcé, sauf une courte allocution faite par le directeur de l'établissement représentant l'Administration. — Cette allocution sera suivie de la lecture du Palmarès et de la distribution des récompenses..........................

« Je viens de donner aux directeurs des hôpitaux-écoles des instructions dans ce sens. — Vous vous entendrez avec chaque directeur pour fixer la date des distributions particulières puisqu'elles se feront *sans la moindre solennité*, mais je me réserve de m'entretenir ultérieurement avec vous de la cérémonie que j'organise à la Salpêtrière............... »

Naturellement ni nous, directeur de l'enseignement des écoles, ni les professeurs, sauf deux non au courant de la lettre de l'Administration, n'avons assisté à ces distributions de prix qui ressemblaient non à une fête, mais à une cérémonie funèbre. Toutefois, nous avons été autorisé à prendre la parole à la distribution des prix de la Salpêtrière, présidée par M. H. Monod, délégué de M. Waldeck-Rousseau, président du conseil et ministre de l'Intérieur, où nous avons prononcé le discours qui suit :

MESDAMES, MESSIEURS,

La cérémonie de ce jour à laquelle l'Administration, renouvelant en cela une ancienne tradition, a voulu donner un éclat particulier en y convoquant la plupart des délégués étrangers au *Congrès International d'Assistance publique*, tous les membres du bureau de ce Congrès et divers représentants des *Commissions administratives des hôpitaux* de notre pays, clôt la VINGT-TROISIÈME *année scolaire* des *Écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières* des hôpitaux de Paris.

Répondant au désir que nous a exprimé M. le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, nous allons exposer aussi brièvement que possible l'histoire de la création de ces Écoles, leur organisation et leur fonctionnement durant cette période déjà longue.

Dès le début de nos études, deux de nos maîtres, DELASIAUVE et GIRALDÈS, nous ont appris à nous intéresser aux choses de l'Assistance publique. Nous avons été ainsi amené à étudier le personnel secondaire des hôpitaux, surveillantes religieuses et laïques, infirmiers et infirmières. Nous avons bien vite constaté que, à part quelques exceptions, la plupart avaient une instruction *primaire* nulle ou très insuffisante et qu'au point de vue *professionnel*, elles n'avaient qu'une routine plus ou moins raisonnée, transmise de génération en génération. Nous avons alors cherché à savoir ce qui se faisait à l'étranger et nous avons appris que, dans quelques pays, par exemple en Angleterre, aux États-Unis et ailleurs, les médecins se préoccupant d'avoir des auxiliaires capables de les seconder efficacement, avaient créé des *Écoles d'infirmières*.

Profitant d'un voyage à Londres avec une délégation du Conseil municipal qui s'y était rendue dans le but de se rendre compte du fonctionnement du Métropolitain, — c'était en 1877 — nous avons visité plusieurs écoles d'infirmières, étudié leur programme et rassemblé de nombreux documents sur les Écoles d'infirmières laïques de l'Angleterre. A la fin de cette même année, rapporteur du Budget de l'Assistance publique, nous avons fait voter par le Conseil municipal la création d'*Écoles d'infirmières* afin d'arriver à mettre notre pays sur un pied d'égalité avec les pays étrangers sous le rapport de leur enseignement professionnel et aussi afin de pouvoir réaliser, avec avantage pour les malades, la réforme républicaine de la *laïcisation*. En agissant ainsi, nous faisions acte de patriote et acte de républicain.

L'École de la Salpêtrière a été ouverte le 1er avril 1878 ; celle de Bicêtre le 20 mai suivant ; l'École de la Pitié le 24 mai 1880 et celle de Lariboisière le 1er janvier 1895. Parallèlement s'ouvrirent les Écoles départementales de l'Asile clinique, des asiles de Vaucluse, Villejuif et Ville-Evrard.

Notre but principal visait l'*enseignement professionnel*. Pour le rendre profitable au personnel, dont l'instruction primaire était, en général, si médiocre, nous avons demandé la création d'*écoles primaires* à Bicêtre et à la Salpêtrière. Et, à cet effet, nous avons utilisé, dans un but d'économie, le *personnel enseignant* des écoles d'enfants arriérés de ces deux établissements. Peu après, nous avons réclamé la création de cours primaires pour les infirmiers et infirmières dans les hôpitaux d'enfants où il y avait également des institutrices : Enfants-Assistés, Enfants-Malades, Trousseau et ultérieurement, Berck. Puis des *cours primaires* furent organisés à Tenon en 1890, ensuite à Lariboisière par M. Montreuil, en dernier lieu à la Pitié par M. Joly. Les services rendus par ces cours primaires à l'instruction populaire ont été considérables. Chaque année, le nombre des certificats d'études le démontre. Cette année ils ont été au nombre de 7 (1), pour Bicêtre ; — de 8, pour la Salpêtrière ; — de 7, pour Berck ; — de 0, pour les Enfants-Malades ; — de 10, pour Tenon, soit 90 depuis 1892 ; — de 8, pour Lariboisière, soit 68 depuis 1896 ; — de 3, aux Enfants-Assistés, soit 35 depuis 1890 ; — de 12 à la Pitié, soit 19 depuis l'ouverture des cours primaires en 1899.

Tout en signalant, comme ils le méritent, le dévouement des *instituteurs* et des *institutrices* qui, quoi qu'on en ait dit, ont tous, sauf trois sur 24, le *brevet supérieur* ou le *brevet élémentaire* et font cet enseignement pour une indemnité bien minime ; tout en signalant le zèle des infirmiers et des infirmières à relever leur instruction primaire pour se mettre en mesure d'arriver au grade de sous-employés, nous ne pouvons nous empêcher de regretter la nécessité de ces cours primaires, car elle démontre combien l'instruction publique laisse encore à désirer dans notre pays. Si la *Loi*, qui la rend *obligatoire*, était appliquée comme elle devrait l'être, nous n'aurions plus besoin que de *cours de perfectionnement* et l'Administration pourrait exiger des candidats infirmiers et infirmières, à l'entrée, le *certificat d'études*, et par conséquent avoir un meilleur recrutement. — Si nous sommes entré dans ces considérations, c'est pour bien faire comprendre les difficultés de la tache que nous avons assumée depuis 23 ans, répondre à des critiques mal fondées, injustes, adressées au personnel, dégager notre responsabilité et indiquer la voie à suivre.

* * *

L'enseignement professionnel, qui comprenait au début 4 cours, en comprend 7 depuis plusieurs années. En voici l'énumération : 1° *Cours d'administration et de comptabilité hospitalières* (7 leçons) ; 2° *Cours de notions élémentaires d'anatomie* (6 leçons) ; 3° *Cours de physiologie* (6 leçons) ; 4° *Cours de pansements et de petite chirurgie* (19 leçons) ; 5° *Cours d'hygiène* (12 leçons) ; 6° *Cours sur les soins à donner aux femmes en couches et aux enfants*

(1) Ce qui porte à 17[illegible] le nombre de [illegible] l'École de Bicêtre depuis 188[illegible] : [illegible]1 pour les infirmières, 111 pour les infirmiers.

nouveau-nés (4 leçons); 7° *Cours de petite pharmacie* (10 leçons.)

Ces cours sont faits par des professeurs dont aucune personne sensée et de bonne foi ne peut contester le savoir et la compétence (1).

Les *leçons théoriques* sont complétées : 1° par la lecture à l'école primaire, avec explications par les instituteurs, de la partie du *Manuel* correspondant aux leçons des professeurs ; 2° par la lecture de la traduction du manuel anglais de Domville ; 3° par des *dictées* sur des *questions professionnelles* dont nous remettons aujourd'hui même un exemplaire à M. le Directeur; 4° en ce qui concerne les aliénés par la lecture de la traduction du *Manuel de l'Association médico-psychologique* d'Angleterre ; 5° par des *conférences*.

Voici le titre de quelques-unes des *dictées* faites cette année : 1° *Conditions à remplir pour l'obtention du diplôme* ; — 2° *De la loyauté dans les compositions* ; — 3° Fragment du discours de M. Napias à la distribution des prix de La Salpêtrière ; — 4° *Obligation de suivre les cours*, d'après une lettre de M. le Directeur général: — 5° *Le personnel des hôpitaux et les abus* ; — 6° *Tentative de suicide à l'asile de Villejuif*, commentaires par M. le Dr Briand ; — 7° *Technique des pulvérisations éthérées de sublimé dans le traitement de l'érysipèle*, par le Dr Talamon ; — 8° *Hystérie et épilepsie*, *précautions à prendre au moment des crises*, surveillance rigoureuse ; — 9° *Traitement antiseptique des plaies accidentelles*, par Nicaise ; — 10° *Du premier pansement*, par le même ; — 11° *Dangers de l'éther sulfurique* ; — 12° *Réflexions à propos de l'envoi des malades aliénés des hôpitaux à l'Asile clinique* ; *précautions à prendre* ; — 13° *Action de l'alcoolisme sur la production de l'idiotie et de l'épilepsie*, etc., etc. — Des dictées analogues ont été données par nous depuis 1878 jusqu'à ce jour aux cours primaires annexés aux écoles d'infirmières.

Nous avons parlé des *conférences*, nous en organisons chaque année avec nos internes ou des amis de bonne volonté, à Bicêtre, à La Salpêtrière et à la Pitié. Nous en avons donné l'énumération tous les ans, jusqu'en 1899, alors que nous avions la liberté de prendre la parole aux distributions des prix de chacune des quatre écoles. N'ayant pu le faire ni à Bicêtre, ni à la Pitié, ni à Lariboisière, nous avons cru de notre devoir de le faire ici.

Les internes de notre service, qui nous ont aidé pour les examens, ont fait des conférences, le plus souvent avec projections, sur les *signes précurseurs des maladies contagieuses* (M. Dionis du Séjour) ; — les *vers intestinaux* (M. Crouzon) ; — les *signes de la mort* et les devoirs des infirmières en cas de décès (M. Izard) ; — enfin M. Mesnard, notre premier instituteur, a fait une conférence, aussi avec de nombreuses projections, sur les *différents modes de sépulture* et en particulier sur la *crémation*.

Sur la proposition de notre ami, M. le Dr Poirier, l'un de vos anciens professeurs les plus dévoués à Bicêtre et dans cette Maison, nous avons fait faire à la Pitié, avec l'autorisation de l'Administration supérieure, une série de douze leçons sur le *massage* par l'un des hommes les plus expérimentés en cette matière, M. de Frumerie, un Suédois d'origine française, car sa famille a été l'une des victimes de l'intolérance religieuse à la suite de la révocation de l'édit de Nantes. M. de Frumerie, dont les leçons théoriques ont été très goûtées par les bons élèves de la Pitié auxquels s'étaient joints un certain nombre de sous-employées de Bicêtre, de la Salpêtrière et de Lariboisière, a bien voulu les compléter par deux séries de six *leçons pratiques* à Bicêtre et à la Salpêtrière. Il n'a pas fait moins d'une vingtaine de leçons.

En instruisant nos sous-employées, en mettant plus particulièrement celles des maitresses des cours pratiques qui ont bien voulu se rendre à ses leçons, en mesure d'enseigner les notions élémentaires de massage, M. de Frumerie a rendu d'incontestables services aux malades, notre préocupation dominante. Nous ne saurions personnellement l'en remercier trop vivement et, dès maintenant, nous exprimons le désir que l'Administration veuille bien le charger régulièrement d'un cours de massage dans les écoles d'infirmières.

L'an dernier, notre ami le Dr Pozzi, chirurgien de l'hôpital Broca, s'est mis à notre disposition avec ses assistants et ses internes pour enseigner aux infirmières la *pratique des petites opérations et des pansements en gynécologie*. Les élèves y ont été appelés par séries. Chaque série a assisté à trois séances. Ces exercices ont été complétés par trois conférences faites à l'école de la Pitié et réunies en un petit volume de la *Bibliothèque de l'infirmière*. Cette année les mêmes *exercices pratiques* ont été repris sous la direction de notre ami Pozzi par ses assistants, MM. les Drs Jayle et Baussénat, à titre gracieux. Nous estimons que, eux aussi, mériteraient d'être récompensés de leurs services par l'Administration.

Personne ne peut contester l'utilité des leçons pratiques sur le massage et sur la gynécologie.

Dans les cours, dans les conférences, les professeurs se servent de grandes planches murales, de dessins faits par eux-mêmes, par des infirmiers ou des malades qui veulent bien se mettre à notre disposition. Ils ont recours aux projections ; ils montrent les instruments, les appareils, les bandages, les médicaments, etc., etc.

Les *cours théoriques*, souvent véritables leçons de choses, sont complétés par des *exercices* et des *examens pratiques*.

Les *exercices pratiques* sont faits tous les jours, alternativement dans un service de médecine et dans un service de chirurgie, par des surveillantes qui en sont chargées spécialement. Les élèves y viennent par séries. Des registres indiquent les présences, les absences et ce qui a été enseigné. Ces exercices portent : sur les médicaments d'un usage courant dans les salles, sur les objets de pansement, sur les instruments, etc. On fait faire aux élèves tous les pansements et toutes les petites opérations qui peuvent leur être confiés, appliquer des vésicatoires ou des sangsues, prendre la température, vacciner, pratiquer les injections sous-cutanées, nasales, auriculaires, vaginales, rectales, préparer les appareils, etc., etc.

Le *ventouseur* et la *ventouseuse* de chacun des établissements-écoles leur apprennent à poser des ventouses, le *baigneur* et la *baigneuse* à préparer les bains, à donner les douches. La surveillante du service d'accouchement leur apprend l'emmaillotement. A la Pitié, Mme Chineau, sage-femme, a désiré se charger elle-même de cet enseignement et nous l'en remercions. Un mannequin sert à enseigner l'application des bandes. A Bicêtre, nous apprenons aux élèves à donner des *douches*, et, avec nos internes, la *vaccination*. Il serait bien désirable que, par groupes, les infirmières de tous les établissements assistent aux séances de vaccination qui se font avec la génisse et que les opérateurs leur apprennent à vacciner.

Durant l'année les élèves sont appelés à faire deux ou trois *compositions* sur chacun des cours. Ces compositions sont corrigées et pointées par chacun des professeurs et

(1) Voir ces noms en tête du Palmarès de 1898-1899, p. 8.

personne, naturellement, n'a le droit de modifier les points qu'ils ont attribués. Un minimum pour chaque composition a été fixé d'accord avec l'Administration en vue de l'obtention du diplôme. Le diplôme ou le certificat d'aptitude, autorisé seulement depuis 1883, n'est accordé qu'aux élèves qui, après avoir suivi *régulièrement* les cours, ont fait toutes les COMPOSITIONS et obtenu au moins le *minimum* pour l'une des compositions données dans l'année pour chaque cours. Ces compositions portent sur les sujets suivants :

	Maximum des points	Minimum des points
Administration	20	15
Anatomie	20	10
Physiologie	20	10
Pansements	25	15
Hygiène	20	15
Pharmacie	20	15
Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés	20	15
Examen pratique	30	20
Totaux	175	115

Durant longtemps, nous autorisions, avec les professeurs, des *compositions supplémentaires* afin de permettre aux élèves auxquels il ne manquait le point voulu pour le diplôme que pour une ou deux compositions. Il en résultait un surcroît de besogne, au dernier moment, pour les professeurs. Sur leurs réclamations, bien justifiées, les compositions supplémentaires ont été limitées aux élèves qui, pour cause de maladie ou pour service militaire, n'ont pu faire certaines compositions, ou se trouvaient dans des conditions anormales.

Pour compléter cet *enseignement pratique* nous aurions désiré que les élèves infirmiers et infirmières des hôpitaux ainsi que les *élèves libres* soient dressés à prendre des notes sur les malades entrants, puis sur les accidents offerts par les malades admis, en vue de renseigner les chefs de service, et cela à l'exemple du personnel de notre section. Là, en effet, les infirmiers et les infirmières sont habitués à nous fournir, à l'occasion du certificat de quinzaine exigé par la loi, des renseignements complets sur ce qu'ils ont observé chez les enfants depuis leur admission. Il serait vivement à désirer que dans les services des surveillantes chargées des cours pratiques, les infirmières soient exercées à prendre des notes analogues (1). Pour arriver à ce résultat, il faudrait que les maîtresses de l'enseignement pratique soient choisies avec le plus grand soin parmi le personnel diplômé et une fois éduquées ne soient pas changées inopinément pendant le cours de l'année scolaire, sans des motifs d'une gravité exceptionnelle. Les services qu'elles rendent aux Écoles leur mériteraient, selon nous, au moins les circonstances atténuantes, en cas de faute vénielle, et l'*enseignement pratique* ne courrait pas le risque d'être désorganisé.

Chaque école est suivie non seulement par les infirmiers et les infirmières des établissements-écoles, mais aussi par les infirmiers et infirmières des hôpitaux voisins et par des élèves libres. Les premiers sont avantagés dans une certaine mesure puisqu'ils suivent les *leçons théoriques* et les *exercices pratiques*, sans déplacement, dans la maison même où ils sont employés. C'est déjà pour eux un surcroît de besogne puisqu'ils le font après une journée de fatigue, en plus de leurs obligations professionnelles de la journée. Mais le sacrifice est beaucoup plus lourd pour les infirmiers et infirmières des autres hôpitaux qui sont obligés de se déplacer et cela souvent au détriment de leur modeste budget. Dans le but d'atténuer pour eux fatigues et dépenses, nous avons réclamé la création de *cours pratiques auxiliaires* à Cochin pour cet hôpital, l'hôpital Ricord, La Rochefoucauld, les Enfants Assistés, la Maternité et la Clinique Tarnier ; à la Charité, à Tenon, à Necker pour cette maison et les maisons voisines (Enfants-Malades, Laënnec et Boucicaut). Malheureusement, pour des raisons que nous avons souvent énumérées et sur lesquelles il serait oiseux d'insister aujourd'hui, ces cours auxiliaires n'ont pas donné les résultats que légitimement l'on devait en attendre.

Sachant, par expérience, combien le fonctionnement de ces *cours auxiliaires* laissait à désirer nous avons demandé à M. le Directeur d'intervenir pour exciter le zèle de tous.

Dans une lettre en date du 15 mars dernier, M. le Directeur nous a répondu en ces termes :

« Je viens d'adresser une circulaire aux directeurs des établissements où ont lieu des *cours auxiliaires* pour les inviter d'*exiger* des infirmiers et infirmières diplômés ou non, *toute l'assiduité désirable*, et à surveiller de près les instructions de l'Administration qui sont, comme vous le savez, absolument conformes au désir que vous exprimez à ce sujet. »

Nous avons le regret de constater que ces instructions n'ont pas été suivies, sauf à l'hôpital Cochin. En effet, à *Tenon*, les leçons trop rares, puisqu'elles n'ont eu lieu qu'une fois par semaine de 8 h. à 9 h. et demie du soir, n'ont eu pour auditeurs que *neuf* infirmiers et infirmières sur un chiffre de 220.

A *Necker*, les cours faits au début de l'année scolaire par une sous-surveillante, qui vers le mois d'avril ? a été déplacée, ont eu lieu deux fois par semaine de 4 à 5 heures. Douze élèves, dont 6 avaient leur diplôme, y ont assisté pendant quelques mois. « Il ne restait qu'*un élève* à la fin de juin. »

Les cours pratiques de petite pharmacie dans le même hôpital, sous la direction de M. ARTREUX, ont été suivis durant les premiers mois par 18 élèves, onze femmes dont 9 des Enfants-Malades et 2 seulement de Necker, 7 hommes dont 6 de Necker et 1 des Enfants-malades. Aucun infirmier, aucune infirmière de Laënnec.

A la *Charité* plus grande pénurie encore d'auditeurs.

A *Cochin*, Mme BOISSON a donné 200 leçons pratiques, du 18 octobre au 7 juillet. Elles ont eu lieu du 18 octobre au 7 juillet, de 2 à 3 h. pour les infirmiers et de 7 à 8 h. pour les infirmières ; 20 leçons supplémentaires ont été faites de 2 à 4 h. pendant le dernier mois de l'année scolaire, aux 28 infirmiers et infirmières se préparant au diplôme. 97 élèves ont suivi régulièrement ce cours :

	Infirmiers	Infirmières
Enfants-Assistés	9	3
Cochin	31	14
Maternité	3	1
Baudelocque	4	»

Et en plus 26 infirmières et 6 infirmiers diplômés les années précédentes.

Ce qui a été fait à Cochin, au point de vue de l'enseignement pratique, aurait dû être fait à Necker, à la Charité et à Tenon. La faute ne nous en incombe pas. Nous le disons bien haut parce que certains s'imaginent que nous avons vraiment la direction de tout ce qui concerne les Écoles d'infirmières et parce que ces faits font comprendre ce qu'est

(1) L'essai a été tenté à la Pitié par Mme Bessière à notre invitation. Il serait trop long d'en parler ici comme nous aurions pu le faire [illegible] si la [illegible] ne nous avait été retirée.

le milieu administratif. En tout cas, Cochin doit servir d'exemple. A l'Administration de donner des ordres en conséquence. A toutes les surveillantes à faire acte de solidarité en instruisant leur personnel.

Nous aurons l'occasion tout à l'heure de revenir sur le perfectionnement de l'enseignement pratique et pour les élèves des hôpitaux et pour les élèves libres.

L'ensemble de cet enseignement est complété par des *examens pratiques* qui sont faits par 3 des professeurs, par nous et par les surveillantes chargées des exercices pratiques. Ils portent sur les médicaments, sur les instruments et appareils et sur les bandages. Depuis 23 ans nous avons toujours assisté à tous ces examens, en profitant pour nous rendre compte du mode de recrutement, des motifs d'entrée dans les hôpitaux, du degré d'instruction du personnel secondaire.

Faire la synthèse de tous ces documents, qui nous ont permis de connaître parfaitement le personnel secondaire des hôpitaux, et d'apprécier son mode de recrutement, est une tâche qui ne peut être accomplie aujourd'hui.

Pour compléter tout ce que nous venons de dire sur l'organisation des Ecoles d'infirmières nous ajouterons que chaque mois nous adressons un rapport à l'Administration sur les présences, les absences des élèves, les compositions, les points de ces compositions, sur les travaux professionnels et primaires du mois; que tous les trimestres il est également fait à l'Administration un rapport fournissant des renseignements sur chaque élève, que tous les ans nous remettons à l'Administration le *cahier des dictées professionnelles* données aux élèves; qu'aucune innovation n'a été faite sans que l'Administration n'ait été prévenue ; que tous les ans le *programme* de l'enseignement est soumis aux professeurs qui y proposent les modifications rendues nécessaires par les progrès de la science médico-chirurgicale; c'est leur œuvre aussi bien que la nôtre.

Tous ces renseignements montrent que les *diplômes* d'infirmiers et d'infirmières ne sont attribués qu'après la démonstration d'un travail rigoureux. Les professeurs, pas plus dans les Ecoles d'infirmières qu'ailleurs, n'ont à tenir compte de l'*orthographe* des élèves : ils doivent juger les compositions d'après les réponses faites à leurs questions. Il devra en être ainsi tant que l'Administration ne sera pas en mesure d'exiger le certificat d'études des postulants à l'infirmat. Quant aux *élèves libres* nous ne croyons pas que l'Administration ni les professeurs n'aient à se préoccuper de leur instruction primaire. Nous devons dire toutefois que, dès maintenant, elle est supérieure à celle des infirmiers et infirmières des hôpitaux.

* * *

Jusqu'à cette année, dans chaque école l'un des professeurs ou nous-même tracions l'historique des travaux accomplis. Nous en profitions pour rendre justice à vos maîtres, vos maîtresses, remercier les personnes généreuses qui s'intéressent à vous; pour vous rappeler vos devoirs et faire votre éducation morale. Le président désigné par l'Administration, inspecteur général, chef de division, ou le Directeur de l'Administration générale complétait très utilement à cet égard nos dires ou ceux de nos collaborateurs. Cette tâche n'ayant pu être accomplie cette année, nous allons donner rapidement les résultats généraux des quatre écoles.

Toutefois, auparavant, disons un mot des *récompenses*.

Pour augmenter le nombre de celles qui sont délivrées sur le budget spécial des Écoles, nous faisions appel à nos amis, au ministère de l'instruction publique, à la Ville, au ministère de l'intérieur, sans compter nos sacrifices personnels. C'est grâce à M. H. Monod, le président de cette cérémonie, que j'ai pu vous donner les années précédentes de nombreux rapports sur les questions d'assistance publique, entre autres le *Rapport sur le service des aliénés* en France, publié en 1876. Et puisque l'occasion m'en est fournie, laissez-moi vous rappeler que deux autres membres de la famille Monod ont collaboré à l'œuvre des Écoles d'infirmières, l'un M. Monod de Bordeaux, en écrivant plusieurs articles du *Manuel*, l'autre, notre excellent ami, M. Ch. Monod, chirurgien des hôpitaux, en vous donnant un prix chaque année.

Les *examens pratiques* ont été subis par 536 élèves (1). Afin de montrer que notre rôle de directeur de l'enseignement des Écoles d'infirmières n'est pas une sinécure comme on l'a prétendu, nous dirons que cette année ces examens pratiques ont pris 7 heures à Bicêtre, 5 heures à Lariboisière, 7 heures 1/2 à la Pitié et 7 heures 1/2 à la Salpêtrière, soit au moins 27 heures.

Dans chacune des quatre écoles nous avons dressé la liste de ceux qui possèdent un diplôme un brevet ou certificat d'études :

DÉSIGNATION.	Bicêtre.	Lariboisière.	La Pitié.	La Salpêtrière.	Totaux.
Baccalauréat	1	1	10		12
Brevet supérieur	»	2	1		3
— élémentaire	4	2	11	10	27
Certificat d'études primaires.					
— — supérieures	»	»	»		»
Certificat d'aptitude					
Pédagogique	»		»	»	»
Certificat de grammaire					
Certificat d'études primaires.	31	54	60	37	182
Diplôme d'herboriste			1		1
Diplôme de sage-femme		2			2
Certificat d'études commerciales			2		2
TOTAL GÉNÉRAL	36	61	85	47	229

Les *diplômes* d'infirmiers et d'infirmières qui vont être distribués tout à l'heure sont au nombre de 69 pour Bicêtre, de 123 pour la Pitié, de 42 pour Lariboisière et de 65 pour la Salpêtrière; soit : 299 diplômes. Si l'on ajoute ces 299 nouveaux diplômes aux 3.781 diplômes antérieurs, le *total général*, après cette cérémonie, sera de 4.080 dont la plus grande partie a été attribuée au personnel hospitalier.

Vous savez tous que les Ecoles municipales ont toujours poursuivi un double but : fournir aux hôpitaux et à la ville des infirmières instruites. Le nombre des *élèves libres*, dont la majorité exerce ou va exercer le métier de *garde-malades à domicile*, est allé en augmentant. Ces élèves

(1) Ce n'est qu'en 1883 que l'Administration, sur notre proposition, souvent renouvelée, s'est décidée à délivrer les diplômes ou certificats d'aptitude.

(1) 196 à la Salpêtrière, 87 à Bicêtre, 174 à la Pitié et 79 à Lariboisière.

libres suivent les cours théoriques, participent aux exercices pratiques et assistent de plus en plus — l'opposition ayant diminué, — aux visites des chefs de service. Elles doivent s'inscrire sur un *registre* déposé à la direction de l'hôpital de la Pitié où les familles peuvent s'adresser pour avoir des garde-malades. Une copie de ce registre devrait être déposée dans tous les établissements et mise à la disposition du public.

Ainsi que nous le faisons depuis longtemps, nous allons indiquer la situation des sous-employés des établissements-écoles, les plus favorisés pour s'instruire, au point de vue du diplôme, car elle indique l'action des Directeurs de ces établissements sur leur personnel au point de vue de l'extension de l'enseignement professionnel et contribue à renseigner l'Administration.

HOSPICE DE BICÊTRE.

Sur 12 surveillants	10	diplômés
— 13 surveillantes	12	—
— 17 sous surveillants	16	—
— 21 sous-surveillantes	14	—
— 23 suppléants	22	—
— 14 suppléantes	13	—
— 3 panseurs	3	—
— 1 garçon d'amphithéâtre	1	—
— 17 1ers infirmiers	17	—
— 12 1res infirmières	12	—

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Sur 3 surveillants	1	diplômé.
— 8 surveillantes	6	—
— 3 sous-surveillants	1	—
— 9 sous-surveillantes	5	—
3 suppléants	3	—
— 11 suppléantes	10	—
— 3 1ers infirmiers	3	—
— 7 1res infirmières	7	—

HOPITAL LARIBOISIÈRE.

Sur 3 surveillants	3	diplômés.
— 7 surveillantes	7	—
— 3 sous-surveillants	3	—
— 27 sous-surveillantes	26	—
— 7 suppléants	7	—
— 15 suppléantes	15	—
— 7 1ers infirmiers	6	—
— 20 1res infirmières	20	—
— 6 infirmiers panseurs	6	—
— 87 garçons et infirmiers	13	—
— 82 filles et infirmières	13	—
— 2 personnel professionnel	2	—

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.

	Avant la réouverture des cours	A la fin de cette année scolaire
Sur 6 surveillants	1	2
— 22 surveillantes	11	12
— 9 sous-surveillants	4	6
— 75 sous-surveillantes	53	55
— 6 suppléants	4	5
— 32 suppléantes	26	26
— 1 premier infirmier	1	1
— 42 premières infirmières	22	23
— 1 garçon d'amphithéâtre	0	1
— 31 infirmiers et garçons	9	9

La situation de l'hospice de la Salpêtrière était restée, au point de vue que nous examinons, inférieure à celle de Bicêtre, la Pitié et Lariboisière. Dans ce dernier hôpital, en 5 ans, M. Montreuil, était arrivé à ce résultat, que tous *les sous-employés* de sa maison étaient pourvus du diplôme, tandis qu'ici, où l'école fonctionnait depuis 1878, plus du tiers des sous-employés ne possédaient pas le diplôme. Cette année, grâce à M. Montreuil, la situation s'est heureusement modifiée et la proportion des non diplômés a sensiblement diminué. Parmi les diplômés de cette année, nous comptons 1 surveillant et 2 surveillantes, 1 sous-surveillant et 6 sous-surveillantes, 2 suppléants, 2 suppléantes et deux premières infirmières. Nous espérons que l'action bienfaisante du nouveau directeur de la Salpêtrière ne se ralentira pas et que l'an prochain toutes les sous-surveillantes, suppléantes et premières infirmières non diplômées suivront les cours et obtiendront leur diplôme.

Nous compléterons ces renseignements par l'*état numérique des agents de tous grades* des hôpitaux qui, *avant* la fin de cette année scolaire, étaient pourvus du diplôme professionnel.

PERSONNEL SECONDAIRE ATTACHÉ AUX DIVERS ÉTABLISSEMENTS AU PREMIER JUILLET 1900.

GRADES.	Nombre d'agents.		
	Pourvus du diplôme professionnel (1)	Non pourvus du diplôme professionnel.	Total.
Surveillants	21	63	84
Surveillantes	97	121	218
Sous-surveillants	59	97	156
Sous-surveillantes	260	96	356
Suppléants	88	22	110
Suppléantes	254	55	309
Premiers infirmiers	87	19	106
Premières infirmières	261	90	351
Panseurs	24	6	30
Panseuses	9	1	10
Garçons d'amphithéâtre	15	15	30
Infirmiers et garç. de service.	241	924	1165
Infirm^es et filles de service	455	1684	2139
Personnel professionnel permanent et ouvrières du Magasin central	59	252	311
Totaux	1930	3445	5375

Si, à ce total, 1.930, on ajoute les nouveaux et les nouvelles diplômés appartenant aux hôpitaux, soit 191, on voit que, après la distribution des diplômes qui va avoir lieu à la fin de cette cérémonie, le nombre des agents diplômés du personnel secondaire s'élèvera à 2.121, sur le total général des 4.080 diplômés.

Pour compléter les renseignements concernant le personnel secondaire nous avons demandé à l'Administration, comme les années précédentes, la liste de tous les agents possesseurs de diplômes et de certificats donnant une idée de leur instruction primaire. Voici ce tableau (v. p. 136) :

De ce tableau, il ressort que 848 sous-employés et infirmiers des deux sexes possèdent un diplôme indiquant qu'ils ont une instruction générale satisfaisante. Cette année, les élèves diplômés, libres ou appartenant aux hôpitaux, qui sont dans le même cas, sont au nombre de 217, soit 1.061, sur 5.375 sous-employés, infirmiers et infirmières.

Nous estimons qu'il y a une réelle utilité à produire chaque année cette double statistique. Elle montre, en effet, les résultats obtenus, tant sous le rapport de

(1) Dans ce nombre, ne sont pas compris les diplômés de la promotion de 1900.

l'*enseignement professionnel* que de l'*enseignement primaire*, grâce à la création des *écoles professionnelles* d'infirmiers et d'infirmières et elle fournit des arguments irréfutables pour répondre aux adversaires de la réforme de la *laïcisation* des établissements hospitaliers qui, quoiqu'on en dise, n'ont pas désarmé et ne désarmeront jamais.

Personnel secondaire attaché aux divers établissements au premier juillet 1900.

Grades.	Nombre d'agents pourvus										Totaux
	De la licence en droit.	De la licence en théologie.	Du diplôme de bachelier.	Du certificat de grammaire.	Du brevet supérieur.	Du certificat d'études supplémentaires.	Du brevet élémentaire.	Du certificat d'études élémentaires.	Du diplôme de sage-femme.	Du diplôme d'herboriste.	
Surveillants	»	»	»	»	»	»	1	6	»	2	9
Surveillantes	»	»	»	»	2	1	8	21	1	1	34
Sous-surveillants	»	»	»	»	»	»	2	23	»	1	26
Sous-surveillantes	»	»	»	1	2	3	10	73	4	»	93
Suppléants	»	1	1	1	»	1	4	36	»	»	44
Suppléantes	»	»	»	»	2	2	13	79	2	»	98
Premiers infirmiers	»	»	»	»	»	»	2	25	»	»	27
Premières infirmières	»	»	»	»	1	1	5	90	1	»	98
Panseurs	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	3
Panseuses	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	4
Garçons d'amphithéâtre	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	3
Infirmiers et garç. de service	»	»	5	2	1	1	8	147	»	»	164
Infirmières et filles de service	»	»	»	»	»	»	7	212	3	»	222
Personnel professionnel fixe	»	»	»	»	»	»	»	23	»	»	23
Totaux	»	1	6	4	8	9	60	745	11	4	848

Nous avons toujours profité de la cérémonie des distributions des prix pour signaler les *améliorations* que notre pratique nous fait reconnaître utiles dans votre situation matérielle, intellectuelle et morale, et pour indiquer celles de ces améliorations accomplies dans le courant de l'année, nous allons rappeler brièvement les principales :

1° Création de *bourses nationales* et *départementales* pour faciliter à la laïcisation des établissements nationaux ou des asiles et des hôpitaux de province. Le ministère de l'intérieur pourrait seconder les municipalités à l'aide d'un prélèvement sur le *pari mutuel*.

2° Distribution des *récompenses* accordées par l'Administration et le ministère de l'intérieur à la solennité annuelle de la Salpêtrière et inscription dans le *Palmarès*, le Livre d'or de l'Infirmier, des noms de tous les infirmiers et infirmières récompensés et de tous ceux et celles qui ont obtenu le certificat d'études. Sur ces deux points, nous avons eu pleine satisfaction en 1898 et en 1899 et nous sommes heureux d'en remercier M. le Directeur de l'Assistance publique, notre vieil ami le Dr Napias.

3° Il est à souhaiter, ainsi que cela se fait pour les infirmiers des asiles, que les années de service militaire soient comptées, pour la pension de repos, aux infirmiers des hôpitaux.

4° Nous demandons encore qu'on réunisse dans le même établissement l'infirmier et l'infirmière *mariés* et qu'on leur donne une chambre ; que, quand ce dernier avantage n'est pas possible, on leur accorde leur sortie le même jour et non à des jours différents comme nous l'avons vu faire ; — que les infirmiers et infirmières en contact avec les malades soient partout pourvus de *blouses* ; — que, en été, les infirmiers soient munis de blouses au lieu de la veste de drap lourde et malsaine qui leur est imposée.

5° Les *cours* étant ouverts à tout le monde, il convient que les employés du bureau de la direction des établissements-écoles délivrent, sans difficulté, des cartes d'admission à tous les moments de l'année scolaire. Les élèves retardataires peuvent ainsi se faire une opinion sur l'enseignement, sur la profession d'infirmière, voir si elles se sentent en mesure de devenir de bonnes hospitalières, si elles doivent persister dans leurs intentions et suivre les cours l'année suivante.

6° Le *changement de service* ou le *roulement* devrait s'opérer au cours de l'année dans les quatre hôpitaux-écoles ; en d'autres termes, les *élèves* infirmiers et infirmières devraient passer à tour de rôle dans tous *les services* : médecine, chirurgie, accouchements, lingerie, cuisine, etc. Ce n'est qu'à cette condition que l'enseignement pratique sera réellement complet et que nous aurons de véritables hospitalières. Cette réforme, que nous n'avons jamais cessé de réclamer, sera réalisée, le jour où l'Administration centrale le voudra.

7° Nous persistons aussi à réclamer la *réorganisation du service de veille :* tant qu'on imposera l'obligation aux débutants d'être veilleurs ou veilleuses, on nuira aux malades et au *bon recrutement* du personnel secondaire.

8° Le *régime alimentaire* des infirmiers et infirmières mérite d'être examiné avec soin par l'Administration. Si, dans quelques établissements, il a été amélioré, dans d'autres, nous assure-t-on, il est resté défectueux. Cette réforme aurait pour première conséquence de diminuer le nombre des malades dans le personnel.

9° Nous persistons dans nos réclamations au sujet de l'*habitation des infirmiers et infirmières*. Elle est insalubre dans le plus grand nombre des établissements. Si quelques améliorations ont été réalisées, il reste encore énormément à faire. En attendant, ne serait-il pas utile d'étendre à beaucoup plus de sous-employés et d'infirmiers mariés ce qui a été fait dans quelques hôpitaux, par exemple à la Charité, à Lariboisière, à Bicêtre, dans les asiles d'aliénés, c'est-à-dire le *logement au dehors* ?

C'est en réalisant ces réformes, en supprimant l'habitation en commun, c'est-à-dire les dortoirs, en donnant des chambres distinctes, hygiéniquement aménagées, que l'on assurera un meilleur recrutement du personnel secondaire. Que de femmes sérieuses, dignes, instruites, consentiraient à se mettre au service des malades si elles étaient assurées d'avoir un peu de considération et des conditions matérielles convenables, salubres !

Voilà ce que nous avions à vous dire sur l'*enseigne-*

ment professionnel à Paris et dans le Département de la Seine. Nous avons le regret de déclarer que, malgré le vote du Conseil supérieur de l'Assistance publique sur la création et le programme des *Ecoles professionnelles* en province, il ne s'en est pas organisé une seule. Ce n'est pas la bonne volonté qui manque pourtant, mais ce sont des renseignements précis, et des subventions.

Nous n'avons à citer qu'une création : l'*École professionnelle française des infirmières à domicile*, située rue Garancière, 8. Le mérite de l'idée appartient à Mlle Allegret, directrice du lycée de jeunes filles à Versailles et celui de l'exécution à Mme Alphen Salvador. Les journaux politiques, à l'époque de l'ouverture de l'école, ont donné des renseignements sur le but et l'organisation de cette école. Nous allons indiquer les principaux.

Les candidates devront être françaises, âgées de 18 ans au moins, de 25 au plus, être munies d'un certificat médical constatant leur aptitude physique pour les fonctions d'infirmières, du diplôme de fin d'études secondaires ou de l'un des brevets de l'enseignement primaire (ou se soumettre à un examen d'entrée). Les élèves font, en qualité d'internes, un stage de deux ans. Elles paient une pension mensuelle de 80 fr. Elles contractent, au bout de la première année, un engagement de 6 ans au service de l'école. L'enseignement est pratique et théorique. Le matin, les élèves suivront, dans certains hôpitaux désignés, la visite du médecin ou du chirurgien, s'exerceront à soigner et à panser les malades. L'après-midi, il leur sera fait des cours théoriques (120 leçons), dont voici l'objet : anatomie et physiologie : — médecine générale ; — médecine infantile ; — chirurgie ; — soins aux nouveau-nés et aux femmes en couches ; — soins aux aliénés ; — hygiène générale et professionnelle ; — éléments de pharmacie ; — devoirs professionnels. — Le programme, comme on le voit, est, dans son ensemble celui des Ecoles municipales, avec cette différence que nous avons toujours évité l'enseignement des notions de médecine, voulant que nos élèves restent des *auxiliaires* des médecins et ne se croient JAMAIS des quarts de médecins. — Au bout de la deuxième année, les élèves subiront un examen à la suite duquel elles seront admises au titre d'infirmières.

* * *

Un mot maintenant sur la question connexe à la précédente, qui, elle, est la plus importante, c'est-à-dire la **Laïcisation** des établissements hospitaliers.

A Paris, des cinq Maisons de secours qui restaient aux mains des religieuses en 1899, aucune n'a été laïcisée. Des hôpitaux et hospices de l'Assistance publique, les Fondations écartées, deux seulement sont encore confiés à des religieuses, l'Hotel-Dieu et Saint-Louis. La République, bridée par un décret impérial de 1810, n'a pas encore eu l'énergie de réaliser le vœu, renouvelé presque chaque année, depuis 1877, par le Conseil municipal, réclamant la sécularisation de ces deux établissements. — L'Administration doit confier à un personnel laïque les deux nouveaux hôpitaux d'enfants et le sanatorium d'Angicourt, exclusivement affecté au traitement de la tuberculose.

Tous les établissements relevant de la direction des affaires municipales, confiée à M. MÉNANT, sont laïques. Il en est de même de ceux qui rentrent dans les attributions de M. LE ROUX, directeur des affaires départementales. Le Ve asile de la Seine construit en partie sur le programme que nous avons tracé au nom d'une commission spéciale et qui vient d'être ouvert, a été donné à un personnel laïque. Ajoutons que, de même que l'asile de Villejuif et l'hôpital Bichat, il n'y a pas été construit de chapelle. Puisque l'occasion nous en est fournie, profitons de la présence de M. H. Monod pour exprimer de nouveau le vœu que le ministère de l'intérieur publie chaque année une *Statistique des établissements hospitaliers laïques et religieux*, comme le fait le ministère de l'instruction publique pour les écoles primaires.

En province, des efforts sérieux paraissent être faits en faveur de la laïcisation. Le Conseil municipal de Marseille et celui de Limoges ont voté la laïcisation de leurs hospices et n'attendent plus que l'approbation du Gouvernement. Des propositions pour la même réforme ont été faites aux Conseils municipaux d'Alais, de Cette, de Lorient et de Poitiers.

De ce côté, M. le Président et vous, M. le Directeur, vous pouvez faire beaucoup, en aidant à la création des Écoles, en fournissant, pour les organiser, ou pour laïciser quelques surveillantes laïques instruites et dévouées.

Dans les départements, les conseils municipaux, les commissions administratives hésitent, ont peur de ne pas trouver de personnel pour faire la laïcisation de leurs maisons, d'avoir un personnel trop coûteux. Bien des fois nous avons montré, par des exemples précis, que leurs craintes n'étaient pas fondées.

Le Maire de St-Pons, M. ARCANGEL, dans l'Hérault, qui a laïcisé son hôpital, il y a un an, nous a envoyé à propos du *coût des Laïques*, des renseignements qui sont de nature à encourager les municipalités et les Commissions administratives :

« Nous donnons, dit-il, 800 francs de traitement à la surveillante générale et 500 francs à la seconde. Ce qui fait un total de 1.300 francs. Les *sœurs* ne nous coûtaient que 900 francs. C'est donc une dépense de 400 francs. Mais si je vous faisais le compte des économies, véritablement formidables, qui ont été réalisées dans le second semestre de 1899, vous seriez absolument surpris. La fourniture du pain, à elle seule, nous donne une économie de 700 francs. Et toutes les dépenses sont à l'avenant. Il y avait là, du temps des sœurs, *un gaspillage inouï*, à tel point que depuis fort longtemps nos budgets se soldaient par des déficits, et que cette année, rien qu'avec les six mois du nouveau régime et malgré des réparations importantes, notre budget de 1899 se solde, au 31 mars 1900, par un excédent de recettes de plus de 2.000 francs. Je suis heureux de vous faire connaître cette situation.

« Lorsque les infirmières laïques sont arrivées, il y a eu contre elles dans le monde clérical, et surtout dans l'entourage des sœurs qui se sont logées en face de l'hospice, une hostilité sourde. On aurait bien voulu trouver prétexte à la médisance. Ces dames ont été de tout point si correctes, les soins donnés aux malades ont été tellement appréciés, la transformation de notre hopital a été si évidente, que force a été à leurs adversaires de garder le silence, et qu'à l'heure actuelle elles jouissent ici de l'estime et de la considération de tous.

« Un détail vous marquera la transformation qui s'est opérée. Dans nos petits pays de montagnes, encore un peu arriérés, aller à l'hôpital est un peu considéré comme une honte, un signe d'indigence et d'extrême misère. Il n'y avait que les malheureux qui se décidaient, à regret, à y entrer. Dernièrement, un vieux docteur, très honorable, de la ville, tomba malade ; il avait été à même d'apprécier les soins donnés par nos infirmières, il exigea d'être soigné par elles à l'hôpital. Un fait de ce genre ne s'était jamais produit ici.

« Nous sommes encore une fois très heureux de ces résultats et très fiers de vous en faire part. Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien communiquer ma lettre à M. le Dr Napias, qui nous a, lui aussi, encouragés et secondés, et auquel nous sommes profondément reconnaissants des résultats acquis. »

M. Arcangel écrit que le traitement des *deux* surveillantes laïques est de 1.300 fr., tandis que celui des *sept* religieuses n'était que de 900 fr. D'où, ajoute-t-il, une dépense supplémentaire de 400 fr. Or, cet excédent est apparent et non réel. En effet, la nourriture et l'entretien de *sept* religieuses, au lieu de deux surveillantes laïques, entraînait une dépense qui dépassait certainement les 400 francs du surplus de traitement en argent des Laïques.

Dans une seconde lettre, l'honorable maire de Saint-Pons complète en ces termes les renseignements qui précèdent.

« J'aurais voulu ajouter à ma lettre un détail relatif à la tenue de la comptabilité en matières et de la comptabilité en deniers de la maison. *Avec les sœurs, il nous avait toujours été impossible de nous reconnaître dans leurs comptes.* Aujourd'hui, *avec les laïques, tout est net et à jour.* Les dépenses sont vérifiées et contrôlées jusqu'à un centime. Ce n'est pas là, croyez-le bien, le moindre des avantages de notre réforme. »

On ne saurait avoir une démonstration plus nette et plus péremptoire des avantages de la laïcisation. Les mêmes résultats ont été obtenus à Beaucaire, à Montreuil-Bellay, et dans un certain nombre de localités que nous avons citées. Ils sont de nature à décider enfin le Gouvernement de défense républicaine à donner satisfaction aux Conseils municipaux de Marseille et de Limoges qui ont, depuis plusieurs années, voté la laïcisation de leurs établissements hospitaliers. Ils encourageront certainement les Conseils municipaux d'Alais, de Lorient, de Cette et de Poitiers dans leurs intentions de procéder à cette réforme. Partout, pour en assurer le succès, *il est nécessaire de créer un* **enseignement professionnel**, qui, seul, peut assurer la suprématie des laïques sur les religieuses.

C'est à vous, infirmiers et infirmières, à aider à la **laïcisation des hôpitaux de province** en vous mettant à la disposition des municipalités républicaines. L'Administration supérieure de l'Assistance publique doit vous y encourager, en invitant les municipalités et les commissions administratives à *relever les traitements* du personnel secondaire, dans leurs hôpitaux, et à faire créer pour lui des *pensions de repos* comme celles qui existent à Paris et dans le Département de la Seine.

Vous savez tous, Mesdames et Messieurs, ce qui a été fait pour l'amélioration de votre situation au point de vue matériel, entre autres le relèvement des salaires, — au point de vue de votre enseignement, la création des écoles d'infirmières, — et enfin au point de vue de votre condition morale, la considération plus grande dont on vous entoure. Ces bienfaits, vous les devez à la République. Montrez-vous toujours et en toutes circonstances ses zélés défenseurs. Il y va de votre intérêt et de l'intérêt de la Patrie.

École de Médecine de Caen. — Un concours s'ouvrira, le 11 novembre 1901, devant la Faculté de Médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'École de Médecine de Caen.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : Dr Ch. Mirallié.

I. — La dissociation dite syringomyélique des sensibilités: par Grasset. (Librairie Delord-Bœhm et Martial, Montpellier 1899.)

I.—Il existe cliniquement deux types principaux de dissociation des sensibilités : 1° la dissociation dite syringomyélique, thermanesthésie et analgésie avec conservation de la sensibilité tactile ; 2° la dissociation que l'on pourrait appeler inverse ou complémentaire, qu'on rencontre dans le tabès : anesthésie tactile avec conservation ou exagération de la sensibilité à la température et à la douleur.

Se basant sur des observations personnelles très intéressantes, sur une riche littérature des cas publiés et sur une érudition profonde, le Pr Grasset s'attache à démontrer que la dissociation dite syringomyélique des sensibilités n'a pas la valeur d'un syndrome pathognomonique, et n'appartient pas en propre à la syringomyélie ; elle est fonction d'un système médullaire et apparaît toutes les fois que ce système est lésé. Si le syndrome dissociation peut exister sans syringomyélie, la syringomyélie par contre peut exister sans dissociation ou avec anesthésie totale.

L'anatomo-clinique, bien plus que l'expérimentation et l'anatomie pure, permet d'expliquer ces diverses variétés symptomatologiques et de préciser le siège anatomique de ces divers syndromes cliniques.

La dissociation complémentaire des tabétiques répond (les nombreux travaux de l'époque actuelle l'ont surabondamment démontré) à la lésion des cordons postérieurs. La dissociation dite syringomyélique est un symptôme de la substance grise postérieure et des neurones de relais sensitifs dont les corps cellulaires sont dans les cornes postérieures et les prolongements dans les faisceaux de Gowers. La dissociation est croisée par rapport à la lésion si les faisceaux de Gowers sont atteints ; elle est directe si la substance grise est altérée. L'anesthésie totale résulte de l'altération simultanée des cordons postérieurs et des racines postérieures avec ou sans participation des cordons de Gowers.

Chemin faisant, Grasset discute la réalité clinique du syndrome de Brown-Sequard : Si l'anatomie et l'expérimentation peuvent laisser des doutes dans l'esprit sur le mécanisme de sa production, son existence même ne saurait être niée.

Écrite avec la clarté et la précision habituelles de l'auteur, étayée d'une bibliographie et d'une érudition aussi complète que précise, cette brochure fait honneur au savant professeur de l'Université de Montpellier.

II.— Les tubercules des pédoncules cérébraux, par G. Raviart. (Librairie Carré, Paris, 1900.)

II.— Après une étude anatomique très complète du pédoncule cérébral, l'auteur expose 43 cas de tubercules des pédoncules cérébraux qu'il a pu relever dans la littérature. Le tubercule des pédoncules peut être solitaire (19 fois) ou coïncider avec d'autres tubercules de l'encéphale. Leur siège est variable : d'où la variabilité symptomatologique. Le tubercule est la forme de beaucoup la plus fréquente des tumeurs de cette région. Notons aussi qu'un tubercule unique peut, par son volume ou par son siège médian, donner des symptômes bilatéraux.

Abstraction faite des symptômes généraux de compression, communs à toutes les tumeurs de l'encéphale, les symptômes de lésion en foyer permettent seuls la localisation de la lésion. Ces symptômes propres constituent le syndrome alterne pédonculaire, ou supérieur. Il est essentiellement caractérisé par la paralysie de la face (avec ou sans les membres) du côté opposé à la lésion, et une paralysie oculaire du côté opposé, c'est-à-dire du côté de la lésion. A côté de ces éléments capitaux, il existe des symptômes accessoires suivant le siège exact de la lésion et l'étendue de celle-ci : paralysie, parésie, athétose, tremblement, ataxie, anesthésie, hyperthésie du côté opposé à la lésion, ptosis, strabisme externe, paralysie pupillaire du même côté. Si le syndrome de Weber est le plus fréquent, il n'est pas le seul possible.

Après une étude clinique très complète des différents symptômes observés, l'auteur aborde le diagnostic : Y a-t-il tumeur? Où siège-t-elle? Quelle est sa nature? Le jeune âge du sujet est en faveur de la tuberculose. Une bibliographie très complète termine cette monographie très intéressante. Rassemblant des matériaux épars dans la littérature, dégageant nettement les grandes lignes du sujet, elle met en lumière une forme clinique facile à reconnaître, malgré la multiplicité des aspects cliniques, et contribue à éclairer ce sujet si vaste, si complexe des paralysies alternes (1).

III. — Tabes et traumatisme; par DONADIEU-LAVIT. (*Arch. Provinciales de Médecine*, Institut international de Bibliographie, 1899.)

III. — Un ataxique se fracture les deux os de la jambe droite; après une immobilisation de trois mois, malgré la consolidation parfaite, une musculature puissante, le malade, quand il veut marcher, s'éffondre comme une masse « sur des jambes de coton ». Si le traumatisme peut fait émerger le tabes, chez l'ataxique avéré, le traumatisme et l'immobilisation entraînent une aggravation des phénomènes préexistants.

IV. — Altérations histologiques de la moelle épinière dans un cas de tabes avec arthropathies multiples; par MASSALONGO et VANZETTI. (Academie de Médecine de Turin, 26 janvier 1900.)

IV. — Chez une ataxique de 60 ans, présentant de nombreuses arthropathies et fractures, l'examen de la moelle, au niveau, surtout des renflements cervical et lombaire a montré : une diminution de nombre avec atrophie des cellules des cornes antérieures, perte des prolongements, chromatolyse complète, déformation du corps cellulaire, dégénérescence pigmentaire. Les nerfs périphériques présentaient des tubes dégénérés. Les auteurs considèrent leur cas comme démontrant l'origine centrale des arthropathies tabétiques.

V. — Contribution à la pathologie et à la thérapeutique de la maladie de Basedow; par DONATH. (*Zeitschift f. klin. Med*. XXXVIII, h. 1,2,3.)

V. — On sait depuis Baumann que l'iode, unie à une substance albuminoïde, forme un élément essentiel normal de la glande thyroïde. — Donath, par une série de recherches chimiques pratiquées d'octobre 1896 à juin 1897, a recherché l'iode dans l'urine normale chez les basedowiens. Après description des procédés chimiques employés, l'auteur formule les conclusions suivantes : ni dans l'urine normale, ni dans celle des basedowiens, on ne peut, par aucune méthode, déceler la présence de l'iode. Même après l'ingestion de iodothyrine, l'iode n'apparaît pas. Il n'y aurait donc pas dans la maladie de Basedow hyperproduction d'iode, mais modification chimique.

Chez un malade atteint de goitre exophthalmique, Donath fit pratiquer en deux temps la résection bilatérale des sympathiques cervicaux : enlèvement du ganglion médian et d'un filet de 6 centimètres à droite le 26 mai et du ganglion médian et d'un filet de 2 centimètres à gauche le 7 juillet. L'opération amena une diminution de l'exophthalmie, du goître; la diminution des palpitations, de la tachychardie, de l'excitabilité cardiaque, la diminution générale de la sudation sur tout le corps, la diminution des tremblements sont moins sûrement la conséquence de l'opération : il y eut donc une amélioration évidente, mais il ne faut pas parler dans ce cas de guérison.

VI. — Étiologie du tabes; par MORITZ RENDE. (*In Zeitschrift fur klin. Med.*, XXXVII, h. 1 et 2.)

VI. — L'auteur, outre ses recherches personnelles, a recherché dans les auteurs l'importance attribuée aux différents facteurs dans l'étiologie du tabes dorsal. Après avoir cité les quelques cas connus de tabes héréditaires, l'auteur étudie la prédisposition nerveuse, les intoxications, le refroidissement, le trauma, la blennorrhagie, les excès vénériens, la syphilis et le surmenage sur lesquels il insiste surtout. Après avoir exposé et discuté les théories et les faits des auteurs, Rende conclut : 1° La syphilis n est pas la cause véritable du tabes; 2° elle manque dans beaucoup de cas; 3° le rôle d'un traitement antisyphilitique insuffisant ou nul comme agent de développement du tabes n'est pas démontré; 4° le traitement spécifique est plutôt néfaste au tabétique; les cas où il y a eu une amélioration étaient des cas de faux tabes (il s'agissait de syphilis spinale ou d'un reste quelconque d'une affection syphilitique) ou bien il a agi par suggestion; 5° l'homme civilisé est plus prédisposé au tabes que le non cultivé; 6° le tabes reconnaît probablement pour base une faiblesse de développement congénital du système nerveux ou une faiblesse acquise par surmenage.

VII. — Épilepsie choréique: par V. BECHTEREW. (*Deutsch Zeitschrif f. Nervenheilkunde*, Bd. XII, 1898, p. 266.)

VII. — L'auteur étudie les rapports qui existent entre la chorée et l'épilepsie. Il rappelle les faits de Huet, Hoffmann, et cite une observation personnelle. Les deux maladies peuvent évoluer simultanément chez le même sujet, mais rester indépendantes l'une de l'autre; ou bien il y a enchaînement entre les deux affections et l'intensité de l'une varie en raison inverse de l'intensité de l'autre. C'est à cette seconde variété qu'appartient le cas de Bechterew. Il n'y a pas ici coïncidence, mais intime union entre les accidents convulsifs des deux maladies. A l'approche de l'attaque épileptique, les mouvements choréiques s'exagèrent, pour cesser pendant quelques temps après l'attaque, puis augmenter d'intensité à une nouvelle attaque. Si l'attaque épileptique se fait attendre, les secousses choréiques atteignent une intensité extraordinaire. L'attaque se traduit alors par une exacerbation des secours choréiques avec perte de connaissance. Par contre, des attaques épileptiques très fortes diminuent les mouvements choréiques. Epilepsie et chorée sont ici les résultats d'une commume origine, et l'épilepsie semble avoir été ici la manifestation antérieure, primitive. C'est à cette variété clinique, union intime entre l'épilepsie et la chorée que Bechterew donne le nom d'épilepsie choréique.

VIII. — Centres dilatateurs et constricteurs de la pupille dans la partie postérieure de la corticalité cérébrale chez le singe; par V. BECHTEREW. (*Archiv. fur anatomie und physiologie*, 1900.)

VIII. — Chez le singe Macacus, il existe, dans le cortex de la partie postérieure des hémisphères, deux centres constricteurs et à côté deux centres dilatateurs de la pupille.

On trouve deux centres placés l'un près de l'autre, au point de jonction de la scissure de Sylvius et du premier sillon temporal. Le plus extérieur de ces centres produit la constriction de la pupille et des mouvements du globe oculaire en bas et en dedans; le plus interne, quand on l'excite, produit la mydriase avec déviation de l'œil du côté opposé et en bas. Dans la région pariétale, tout près de la terminaison de la scissure de Sylvius, se trouvent deux autres centres : le plus extérieur produit la mydriase; le plus interne le myosis. De ces deux groupes l'un serait en rapport avec la vision, l'autre avec les fonctions psychiques.

IX. — Fonction sensitive de la région soi-disant motrice du cortex chez l'homme; Par V. BECHTEREW. (*Arch. f. Anat. u. Phys.* 1899.)

IX. — 3 cas d'opération cérébrale chez l'homme, permettent à l'auteur d'affirmer que la sensibilité cutanée, tactile et douloureuse et le sens musculaire ont la même localisation que la motilité de la région correspondante du corps.

ECOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — La chaire de toxicologie de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est déclarée vacante. Un delai de vingt jours, à dater de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Séance ordinaire, le lundi 25 février, à 4 heures précises, rue de Seine, 12. *Ordre du jour* : 1° Rapports de candidature : MM. Boissier, Garnier, Roubinovitch et Semelaigne ; 2° Rapport sur des travaux de M. Pilcz : M. Legrain ; 3° Des illusions kinesthésiques dans la folie du doute : M. Sollier; 4° Hallucinations psycho-motrices et spiritisme chez une paralytique générale : M. Trénel ; 5° Communications diverses.

---

(1) Voir le mémoire de Bourneville et Isch-Wall dans le Compte rendu de Bicêtre de 1886, p. 105-128.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement médicamenteux des bronchites chroniques et de la tuberculose par l'Hélénine créosotée.

Les propriétés de l'hélénine sont bien connues de nos lecteurs, et nous ne rappellerons sa bienfaisante action dans les bronchites chroniques et la tuberculose que pour insister sur son association à la créosote, qui augmente l'action réciproque de ces deux principes médicamenteux. Le Dr de Korab, après une longue expérimentation, a pu établir la puissance thérapeutique de l'hélénine créosotée. Les globules d'*hélénine créosotée de Korab* à la dose de 2, 3 ou 4 par jour sont acceptés sans dégoût et sans répugnance par les malades; la créosote est mieux tolérée par l'estomac, grâce à l'action calmante de l'hélénine sur les muqueuses. L'absorption du médicament est fort rapide comme en font foi les exhalations créosotées jointes au parfum de l'hélénine dix minutes après l'administration des globules. En un mot, l'*hélénine créosotée de Korab* doit tenir une place de choix dans la liste trop courte des médicaments efficaces des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire.

BIBLIOGRAPHIE

Bicyclette et organes génitaux; par le Dr O'FOLLOWELL. (J.-B. Baillière, édit.)

Depuis les débuts du sport vélocipédique, et plus encore depuis que l'usage de la bicyclette s'est généralisé avec une merveilleuse rapidité, de nombreux travaux ont été publiés sur les inconvénients et les avantages de ce genre d'exercice. L'attention des médecins a été particulièrement attirée par les accidents qu'il peut entraîner du côté des organes génitaux des deux sexes, et de nombreuses opinions plus ou moins divergentes se sont fait jour à cet égard. Cesont ces questions que M. le Dr O'Followell a reprises dans son ouvrage, en se basant sur une enquête personnelle qu'il a poursuivie tout à la fois en observateur sagace, en érudit, et en cycliste expert. Après avoir montré combien il est important de connaître l'influence de la bicyclette sur le système génital, esquissé à grands traits l'historique de la vélocipédie, résumé l'anatomie du périnée et des organes génitaux, et indiqué dans quelles conditions la pratique de la bicyclette peut être admise dans l'enfance et dans l'adolescence, il consacre à l'étude de la selle, de ses diverses formes et de son agencement, un chapitre longuement et minutieusement détaillé. Dans le chapitre suivant (chap. V), l'auteur s'occupe de l'influence de la bicyclette sur le périnée, chez l'homme et chez la femme, passe en revue les lésions qui peuvent se produire dans cette région chez les cyclistes, et discute, pour la repousser enfin comme inacceptable, la comparaison que l'on a établie entre l'exercice de la bicyclette et le travail à la machine à coudre. Le chapitre VI traite de l'action vélocipédique sur le bassin, et nous y trouvons exposées et discutées les opinions divergentes qui ont été émises relativement à l'influence de cet exercice sur la circulation des organes pelviens. Dans les deux chapitres suivants, non moins documentés et non moins soignés, l'exercice de la bicyclette est envisagé dans ses rapports avec l'appareil génito-urinaire (chap. VII) et avec l'utérus et ses annexes (chap. VIII). Dans l'un, l'auteur s'occupe des lésions testiculaires, de l'uréthrite des vélocipédistes, des congestions de la prostate, des ruptures de l'urèthre, et enfin des troubles de l'appareil urinaire chez la femme; dans l'autre, il envisage l'emploi de la bicyclette par la femme pendant la période menstruelle, en cas d'affections utérines, fonctionnelles ou inflammatoires, en cas de déviations utérines, de maladies annexielles, à la suite d'opérations gynécologiques, etc... Il fait justice ensuite des accusations portées contre le sport cycliste en tant que cause de dépopulation et occasion d'entraînement à l'alcoolisme (chap. IX). Enfin, dans son dixième et dernier chapitre, il indique les conditions que doit remplir le vêtement cycliste, en insistant particulièrement sur « les méfaits et les dangers du corset ». — Des conclusions détaillées et bien nettes résument, et un riche index bibliographique complète cet intéressant et consciencieux ouvrage. — L'expansion croissante du cyclisme donne à toutes les questions qui y sont examinées un caractère d'actualité pressante, et il est non seulement utile, mais indispensable maintenant pour le médecin, d'être bien renseigné à leur égard; malheureusement, les documents qui les concernent sont éparpillés dans cent publications diverses, et beaucoup, par suite, échappent forcément à la curiosité studieuse des intéressés. Il faut savoir gré à M. le Dr O'Followell de les avoir, de la façon la plus heureuse, condensés et discutés dans son livre, en y ajoutant l'appoint de son évidente expérience personnelle; nous l'avons, pour notre part, lu avec grand plaisir et avec un réel profit, et nous avons la conviction qu'il laissera à tous ceux qui le voudront lire la même excellente impression. CH.-H. PETIT-VENDOL.

VARIA

Congrès triennal de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie.

(NANTES, 1901).

La troisième session du Congrès périodique national de gynécologie, obstétrique et pédiatrie se tiendra à Nantes, du 23 au 30 septembre 1901. On se souvient du succès qu'obtint à Marseille, en 1898, ce Congrès qui est triennal; nous espérons qu'il en sera de même à Nantes. Le comité local d'organisation a choisi cette date (dernière semaine de septembre), entre autres multiples raisons, pour pouvoir faire coïncider avec le Congrès l'inauguration des monuments élevés par les Nantais à la mémoire de deux de leurs plus illustres concitoyens, les chirurgiens Chaissaignac et Maisonneuve. Nous estimons qu'un grand nombre de congressistes seront heureux de pouvoir, en même temps, rendre hommage à la mémoire de deux hommes qui furent l'honneur de la chirurgie française.

Le président général du Congrès est M. le Dr Sevestre, médecin des hôpitaux de Paris (hôpital des Enfants-Malades), membre de l'Académie de Médecine. M. Sevestre sera en même temps président de la section de pédiatrie. — Section de gynécologie. Président : M. le Dr Segond, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Salpêtrière. — Section d'obstétrique. Président : M. le Dr Queirel, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine de Marseille.

Le comité local d'organisation est composé de MM. les Drs Alb. Malherbe, directeur de l'Ecole de Médecine, président; Guillemet, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine, secrétaire général; Urbain Monnier, professeur suppléant, secrétaire adjoint. Bécigneul, médecin des hôpitaux, trésorier; Heurtaux, F. Joüon, Poisson, Ollive, Hervouët, Rouxeau, professeurs à l'Ecole de Médecine; Crimail, chirurgien de la Maternité de l'Hôtel-Dieu; Raingeard, chirurgien des hôpitaux; Bonamy, Mahot, médecins des hôpitaux; Bellouard, chirurgien de l'hôpital de Chantenay.

Nous adresserons prochainement une première invitation à tous les confrères français (et ce sera le plus grand nombre possible) qui, par leurs travaux habituels, les services spéciaux dont ils sont chargés dans les hôpitaux, la nature de leur enseignement dans les facultés ou écoles, nous paraissent susceptibles de s'intéresser à notre Congrès. Nous attendons, pour le faire, d'être fixés sur les questions principales (trois au moins dans chaque section) qui doivent faire l'objet d'un rapport spécial. Ces questions sont actuellement à l'étude. Enfin, comme cela a eu lieu pour le Congrès de Marseille, nous espérons qu'un certain nombre de notabilités médicales étrangères voudront bien, en nous donnant leur adhésion, accepter le titre de présidents d'honneur.

Le Secrétaire général,
Dr J. GUILLEMET.

Académie royale de Médecine de Belgique.

Programme des Concours.

1900-1901. Etudier la pathogénie de l'éclampsie puerpérale. Prix : 800 francs. Clôture du concours : 15 mai 1901.

1900-1901. Les paraplégies infectieuses chez le cheval, considérées sous le multiple rapport de leur pathogénie, de leur anatomie pathologique, de leur symptomatologie, de leur diagnostic et de leur traitement. Prix : 1.000 francs. Clôture du concours : 15 octobre 1901.

1900-1903. Etablir par de nouvelles recherches les rapports anatomiques des neurones entre eux. Prix : 800 francs. Clôture du concours : 20 janvier 1903.

1901-1902. *Prix fondé par le Dr da Costa Alvarenga.* — Aux termes du testament de M. Alvarenga, « l'intérêt du capital constituera un prix annuel qui sera appelé : *Prix d'Alvarenga, de Piauhy* (Brésil). Ce prix sera décerné, à l'anniversaire du décès du fondateur, à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage inédit (dont le sujet sera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine, lequel ouvrage sera jugé digne de récompense, après que l'on aura institué un concours annuel et procédé à l'examen des travaux envoyés selon les règles académiques (1). « Si aucun des ouvrages n'était digne d'être récompensé, la valeur du prix serait ajoutée au capital. » Prix : 800 francs. Clôture du concours : 15 janvier 1902.

1900-1902. *Prix fondé par un anonyme.* — Elucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie. Prix : 8.000 francs. Clôture du concours : 15 mai 1902. Des encouragements, de 300 à 3.000 fr., pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense. Une somme de 5.000 francs et une de 25.000 francs pourront être données, en outre du prix de 8 000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, tel que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

1900-1905. *Prix Melsens.* — Par une clause de son testament, Mme Melsens, veuve de M. le Pr Louis Melsens, lègue « une somme de 10.009 francs, dont les intérêts accumulés seraient consacrés à la fondation d'un *Prix Melsens* à décerner tous les quatre ans à l'auteur belge qui aurait soumis au jugement de l'Académie un ouvrage remarquable sur l'hygiène professionnelle ». Prix : 1.200 francs. Clôture du concours : 20 janvier 1905.

Conditions des Concours. — Les membres titulaires et les membres honoraires de l'Académie ne peuvent point prendre part aux concours. Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port*, au Secrétaire de l'Académie, Palais des Académies, à Bruxelles.

Sont exclus des concours : 1° le mémoire qui ne remplit pas les conditions précitées ; 2° celui dont l'auteur s'est fait connaître directement ou indirectement ; 3° celui qui est publié, en tout ou en partie, ou présenté à un autre corps savant.

L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations, ainsi que la mention de l'édition et de la page du texte original. Le mémoire de concours et le pli cacheté dans lequel le nom et l'adresse de l'auteur sont indiqués, doivent porter la même épigraphe. Il est défendu de faire usage d'un pseudonyme. Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le président en séance publique.

Lorsque l'Académie n'accorde qu'une récompense à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Cette demande doit être faite dans le délai de six mois. Après l'expiration de ce délai, la récompense n'est plus accordée. Le manuscrit envoyé au concours ne peut pas être réclamé ; il est déposé aux archives de la Compagnie. Toutefois l'auteur peut, après la proclamation du résultat du concours, obtenir, à ses frais, une copie de son travail faite par un des employés du Secrétariat de l'Académie. L'Académie accorde gratuitement à l'auteur du mémoire dont elle a ordonné l'impression cinquante exemplaires tirés à part, et lui laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à ses frais.

(1) L'Académie a décidé, dans le comité secret de la séance du 26 décembre 1891, que l'article 119 du règlement de la Compagnie ne sera pas applicable aux mémoires manuscrits qui prendront part à ce concours. Cet article est ainsi conçu : « Les travaux couronnés et ceux qui ont mérité une distinction peuvent être publiés dans le recueil des mémoires en vertu d'un vote pour chaque mémoire. »

L'hôpital français de New-York.

Nous extrayons d'une correspondance très intéressante du *Journal des Débats* les renseignements suivants sur l'hôpital français de New-York :

« Récemment, un pauvre garçon de café, Louis Hilliard, Français, était conduit par un agent de police à l'hospice municipal de Bellevue : atteint de la douce (?) folie de la persécution, il était autrement assez solide. Le lendemain, on le trouvait mort et, à l'autopsie, le *coroner*, ou commissaire de police, découvrait qu'il avait le crâne presque brisé, trois côtes défoncées, le cœur meurtri comme si des gens s'étaient assis de tout leur poids sur sa poitrine. L'enquête établit que trois gardes-malades avaient passé la nuit à mettre le pauvre fou dans ce pitoyable état. Grand émoi dans la ville. Le directeur général de l'Assistance publique, M. John Keller, fit son devoir : le médecin en chef de l'hospice fut congédié et les gardes-malades traduits devant le jury des mises en accusation qui les envoie en Cour d'assises. Toute la colonie française a approuvé ces mesures de justice, mais elle a surtout applaudi chaleureusement à la décision que le Ministre des Affaires étrangères et le Ministre de l'Agriculture de France ont prise d'accorder à l'hôpital français de New-York, sur les fonds du Pari mutuel, une subvention de 100.000 francs pour l'extension de ses services et l'amélioration de ses aménagements. Créée en 1881, cette institution rend les plus utiles services aux Français sans ressources ; ses soixante lits sont toujours au complet et quand, faute de place, nos pauvres malades sont obligés d'aller chercher des soins dans un hospice où ils sont doublement étrangers, par la naissance et par la langue, ils savent ou ils pensent, comme dans le cas du pauvre Hilliard, que leur arrêt de mort est prononcé. Grâce à la généreuse allocation de l'Etat, grâce à une souscription publique ouverte parmi les Français des Etats-Unis, la moitié peut-être des fonds nécessaires à l'élargissement de notre hôpital sera assurée, soit 350.000 francs sur 700.000 francs de dépenses prévues. »

Les dispensaires antituberculeux français.

Une œuvre, qui est appelée, suivant nous, à rendre de grands services humanitaires et scientifiques, vient d'être créée à Paris. Nous nous contenterons de citer quelques extraits des statuts. « La Société des Dispensaires antituberculeux français, formée par les présents statuts, a pour but : 1° De soigner gratuitement les tuberculeux pauvres dans des locaux choisis *ad hoc* par la Société ; 2° De distribuer des médicaments, des vêtements et des aliments à ces malades, et de les surveiller jusque dans leur domicile, afin de les guérir si possible, et en tout cas de prévenir toute contagion directe ou indirecte. Le tuberculeux soigné chaque jour par des médecins compétents sera de la sorte suivi de très près ; 3° Il recevra tous les soins nécessités par son état, et se trouvera dans les meilleures conditions possibles pour la guérison ; 4° La Société des Dispensaires antituberculeux donnera des secours aux parents tuberculeux nécessiteux, afin de leur permettre de se reposer sans laisser leurs enfants dans la détresse ; 5° Au cas où ses ressources ne permettraient pas à la Société de soulager toutes les infortunes, elle signalera à la charité individuelle et aux pouvoirs publics des situations dignes d'intérêt ; 6° La Société des dispensaires antituberculeux montera également des laboratoires où on examinera tous les excreta pathologiques qui lui seront adressés par les médecins, et elle s'adjoindra des savants, chargés de faire des recherches pour atteindre le meilleur moyen de guérir la phtisie. Cette Société prend la dénomination d'Œuvre de la tuberculose humaine, avec le sous-titre de Dispensaire antituberculeux français. Elle porte

le titre d'*Œuvre de la tuberculose humaine*, parce qu'elle a pour but la guérison de la phtisie chez les hommes, et la prophylaxie de la tuberculose de nos semblables. Le sous-titre de *Dispensaires antituberculeux français* signifie que la Société créera, dans la mesure de ses ressources, des dispensaires dans les différents quartiers de Paris et des environs. Tous ces dispensaires seront reliés à un siège social qui sera désigné ultérieurement et qui les dirigera. La Société obligera ses médecins à recevoir tous les autres confrères, et à leur faire des leçons pour perfectionner leur éducation médicale dans cette branche professionnelle. De plus, les médecins de la Société seront tenus à faire des conférences publiques, soit dans leurs locaux, soit dans les édifices publics, afin de propager partout les moyens de préservation et de prophylaxie de la tuberculose.

La nouvelle loi des boissons et les pharmaciens.

M. Lepez, député du Nord, vient d'adresser une lettre au ministre des finances pour le prier de mettre un terme à la situation assez mal définie des pharmaciens, relativement à la nouvelle loi des boissons. M. Lepez dit notamment :

« Depuis la promulgation de la loi sur les alcools, la régie a fait chez les débitants le recensement de l'alcool en nature et des liqueurs qu'ils détenaient avant le 1er janvier 1901, pour les soumettre à la surtaxe. La régie, assimilant aux débitants les pharmaciens, a exigé de ces derniers la même déclaration pour les alcools en nature et teintures qui, d'après elle, n'ont pas le caractère de médicaments. Cette mesure a soulevé une protestation de tous les membres du corps pharmaceutique. Les uns, dans le doute, se sont soumis, d'autres, se sont refusés à déclarer ; la régie elle-même ne paraît pas bien sûre de ses droits, attendu que la mesure n'est pas appliquée d'une façon identique dans toute la France. Il serait cependant utile de savoir à quoi s'en tenir pour éviter les désagréments qui pourraient en résulter. » (*Le Temps.*)

Transport des malades en automobile.

S'il faut en croire l'*Echo de Paris*, les automobiles vont remplacer les ambulances urbaines. L'administration militaire, depuis quelques mois, pour transporter les malades, des casernes au Val de Grâce, se sert des voies ferrées des tramways parisiens. Chaque jour on voit passer, boulevard du Port-Royal, le tramway spécial affecté aux malades militaires. A l'Assistance publique, et aussi à la Préfecture de la Seine, on avait songé un moment à imiter l'administration militaire ; on aurait remplacé les Urbaines par des tramways; mais ce moyen était peu pratique, les malades à conduire dans les hôpitaux n'habitent pas toujours dans une rue où passe une voie ferrée. Alors, on a pensé aux automobiles. Et, si nous en croyons les « on-dit » de l'avenue Victoria, des Urbaines sans chevaux remplaceraient prochainement les Urbaines actuelles.

Les Epidémies.

La peste au Cap. — Le *Daily Mail* du 17 février annonce que le bactériologiste du gouvernement prétend que l'épidémie qui sévit parmi les rats n'est pas la peste, bien que les personnes atteintes souffrent de cette maladie.

Le Cap, 17 février. — Les équipages et les passagers de tous les navires qui quittent la baie de la Table seront l'objet d'une inspection médicale dans les ports du littoral ; mais on ne leur fera pas subir de quarantaine. Il y a eu un nouveau décès dû à la peste bubonique : c'est le quatrième constaté jusqu'à ce jour. Deux nouveaux cas se sont déclarés parmi les indigènes. Les déchargeurs cafres continuent la grève et refusent d'entrer dans les docks.

La Variole à Glasgow, 18 février. — L'épidémie de variole que je vous signalais continue à Glasgow. Dix nouveaux cas ont été hospitalisés, hier. Il y a maintenant près de 500 malades en traitement. Le total des décès depuis le commencement de l'épidémie s'élève jusqu'ici à 120. On télégraphie que la variole vient d'éclater également dans les villes de Irvine et de Ayr, près Glasgow. En raison de la prochaine ouverture de l'Exposition, les autorités sont très inquiètes. (*Le Journal.*)

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 25 — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Richet (Ch.), Launois, Desgrez. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R : MM. Pinard, Broca (Aug.), Sebileau. — A. R : MM. Delens, Lejars, Varnier. — 5e *de Doctorat* (1re *série*) (1re *partie*). Chirurgie : MM. Tillaux, Reclus, Mauclaire. — (2e *série*) (1re partie). Chirurgie : MM. Terrier, Segond, Walther. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Tessier, Méry.

MARDI 26. — *Médecine opératoire* A. R. : MM. Berger, Quenu, Faure. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Retterer, Langlois, Broca (André). — (2e *partie*) A. R. : MM. Blanchard, Remy, Chassevant. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) Oral. N. R. : MM. Hallopeau, Chauffard, Ménétrier. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Proust, Gilbert, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Schwartz, Hartmann. — (1re *série*) (2e *partie*) : MM. Raymond, Charrin, Marfan. — (2e *série*) (2e *partie*) : MM. Troisier, Roger, Thiroloix. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Maygrier, Bonnaire, Wallich.

MERCREDI 27. — 1er *de Doctorat*. Oral. N. R. : MM. Poirier, Broca (Aug.), Walther. — 2e *de Doctorat*. (1re *série*). N. R. : MM. Gariel, Remy, Gley. — (2e *série*) N. R. : MM. Ch. Richet, Hanriot, Retterer. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Reclus, Segond, Lepage. — (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Terrier, Varnier, Legueu.

JEUDI 28, — *Médecine opératoire* N. R. : MM. Guyon, Schwartz, Poirier. — 2e *de Doctorat* N R. : MM. Gautier, Retterer, Langlois. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*). A. R. : MM. Gley, Launois, Chassevant. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Maygrier, Hartmann, Thiéry.

VENDREDI 1er — *Médecine opératoire*. A. R. : MM. Walher, Poirier, Sébileau. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Remy, Retterer, Broca (And.), — (2e *partie*) A. R. : MM. Reynier, Gley, Heim. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). A. R. : MM. Netter, Widal, Teissier. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz, — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Delens, Lejars, Mauclaire. — (2e *partie*). Chirurgie : MM. Reclus, Segond, Legueu. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Brissaud, Méry. — (1re *partie*). Obstétrique. : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 2. — *Médecine opératoire* N. R. : MM. Quénu, Hartmann, Thiéry. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R : MM. Chauffard, Letulle, Chassevant. — 2e *de Doctorat* (1re *série*) N. R. : MM. Remy, Langlois, Broca (And.). — (2e *série*) N. R. : MM. Gautier, Retterer, Gley. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Richelot, Campenon, Albarran. — (2e *partie*). : MM. Debove, Troisier, Vaquez. — (1re *partie*). Obstétrique : Maygrier, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 27. — M. Pétresco. La syphilide pigmentaire réticulaire du cou. — M. Carrière. De la precocité physique et intellectuelle. — M. Husni-Chakir De l'hypospadias balanique et de son traitement chirurgical. (Procédé de Von Hacker.) — M. Duval (André). Sténose congénitale du pylore chez les nouveau-nés. — M. Perrot. Infection de la glande parotide chez le nouveau-né. — M. Rastouil Appendicite chronique. — M. Weil (Emile). Le sang et les réactions défensives de l'hématopoïèse. — M. Aubry. Contribution à l'étude de l'aortite blennorrhagique. — M. Frenel. Contribution à l'histoire des névrites des syphilitiques. — M. Tribaudeau. Les déplacements pathologiques du médiastin, liés aux mouvements respiratoires. Etude de radioscopie médicale.

JEUDI 28. — M. Carlo. Sur la fréquence des embolies pulmonaires aux différentes époques de l'évolution des thromboses veineuses (d'origine traumatique). — M. Dom Pila. Etude critique de la castration chez la femme. — M. Darbois. Traitement du lupus suivant les indications. — M. Jossu. Contribution à l'étude de la contagion de la pneumonie. — M. Carré. Sur un cas de foie et de reins kystiques chez un fœtus. — M. Colin. De la soif brightique. — M. Jousset. Des humeurs opalescentes de l'organisme. — M. Guyot. Contribution à l'étude des larves de gastrophiles (œstrides) parasites de l'estomac du cheval. — M. Guibe. De la calcification des fibro-myomes utérins. — M. Sicard. Sur quelques points de technique de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale. — M. Michaut. De la péritonite à pneumocoques chez l'enfant. — M. Monod (Fernand). Traitement chirurgical du pied bot varus equin congénital chez l'enfant.

Enseignement médical libre.

Cours d'ophtalmologie. — Le Dr A. TERSON recommencera son cours, le jeudi 28 février, à 5 heures, sur le *Traitement médical et chirurgical des maladies des yeux* et le continuera les jeudis à la même heure. Exercices opératoires après les leçons de chirurgie. — Le cours est gratuit. — S'inscrire *à l'avance* (ou par lettre), tous les jours, de 1 à 2 heures, 52, rue Jacob.

Technique histologique et histologie. — M. J. JOLLY commencera, le mardi 16 avril 1901, au Laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe, rue des Ecoles), une série de conférences pratiques sur la technique histologique et l'histologie. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures.

FORMULES

XVII. — Contre l'othorrhée chronique.

Iodure de potassium	1 gramme.
Teinture d'iode	10 »
Alcool absolu / Glycérine	ãã 15 »
Iodoforme pulvérisé	1 »

Injecter une petite quantité de ce liquide dans le conduit auditif externe. (*Bull. gén. de Thérap.*)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 10 fév. au samedi 16 fév. 1901, les naissances ont été au nombre de 1.062 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 409, illégitimes, 121 Total, 530. — *Sexe féminin* : légitimes, 390, illégitimes, 142. Total, 532

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511 629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 10 février au samedi 16 février 1901, les décès ont été au nombre de 1017, savoir : 535 hommes et 482 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 4, F. 1, T. 5. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 3, F. 5, T. 8. — Rougeole : M. 1, F 8, T. 9. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 3, F. 4, T. 7. — Diphtérie et Croup : M. 7, F. 7, T. 14. — Grippe : M. 7, F. 4, T. 11. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0, — Autres maladies épidémiques : M. 2, F, 1, T. 3. — Tuberculose des poumons : M. 146, F. 91, T, 237. — Tuberculose des méninges : M. 12, F. 11, T 23. — Autres tuberculoses : M. 10, F 6, T. 16. — Cancer et autres tumeurs malignes : M 20, F. 32, T. 52. — Méningite simple : M 11, F. 5. T. 16 — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 23, F. 25, T. 50. — Maladie organique du cœur : M. 32. F, 33, T. 65. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 9, T. 15. — Bronchite chronique : M. 20, F. 13, T. 33. — Pneumonie : M. 16. F. 18. T. 34. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 60. F. 50. T. 110. — Affection de l'estomac (cancer exc) : M. 5, F. 1, T. 6. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 4, F. 4, T. 8 ; autre alimentation, M. 13, F. 5, T. 18. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Hernies, obstruction intestinale : M. 4, F. 4. T. 8. — Cirrhose du foie : M. 1, F. 1, T. 2. — Néphrite et mal de Bright : M. 12, F. 13, T. 25. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 7, T. 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 18, F. 16, T. 34. — Débilité sénile : M. 12, F. 39, T. 51. — Morts violentes : M. 18, F. 8, T. 26. — Suicides : M. 8, F. 2, T. 10. — Autres maladies : M. 58, F. 49, T. 107. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 9. F. 2, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 64, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 16. Total : 38. — *Sexe féminin* : légitimes, 17, illegitimes, 9, Total : 29.

CONCOURS D'AGRÉGATION DE MÉDECINE. — *Candidats admissibles aux épreuves définitives* : *Paris*. MM. Apert, F. Bezançon, P. Carnot, Claisse, Gouget, Jeanselme, Legry, Lesage, J. Renault et L. Renon. — *Montpellier*. MM Ardin-Delteil et Vedel. — *Nancy*. MM. Garnier, Hoche et F.-L. Spillmann. — *Bordeaux*. MM. Cabannes, Mongour et Verger — *Lille* M. Patoir. — *Lyon*. MM. Chatin, F.-P. Courmont, J. Lépine, Nicolas et Pauly.

CONCOURS D'AGREGATION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS. — Le jury de ce concours, qui doit s'ouvrir le 11 mars, est ainsi composé : *Président*, M. Duplay ; *juges titulaires*, MM. Terrier, Tillaux, Berger et Budin (de Paris) ; Forgue (de Montpellier) ; Demons (de Bordeaux) ; Folet (de Lille) ; Fochier (de Lyon).

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS. — *Exercices pratiques réglementaires de médecine opératoire.* — 1° A l'Ecole pratique, sous la direction de M. le Pr BERGER, et de M. HARTMANN, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire ; 2° à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (rue du Fer-à-Moulin, 17), sous la direction de M. QUÉNU, agrégé, directeur des travaux scientifiques dudit Amphithéâtre. Les exercices pratiques réglementaires de médecine opératoire commenceront : 1° à l'Ecole pratique de la Faculté, le mercredi 13 mars 1901 ; 2° à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, le vendredi 15 mars 1901. Ils auront lieu tous les jours, à 1 heure. Ces exercices sont obligatoires : 1° pour les élèves docteurs de 3e année (nouveau régime) en vue de la 12e inscription ; 2° pour les élèves docteurs (ancien régime) et les élèves officiers de santé de 4e année, en vue de la 16e inscription. Les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de 14 inscriptions au moins, s'ils appartiennent à l'ancien régime, et de 10 inscriptions au moins, s'ils appartiennent au nouveau régime, peuvent être autorisés à y prendre part. — *Conditions d'admission* : 1° les élèves docteurs de 3e année (nouveau régime) et de 4e année (ancien régime) sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1901 (10e : nouveau régime, et 14e : ancien régime) et de la carte d'immatriculation ; 2° les élèves officiers de santé de 4e année sont inscrits dans les mêmes conditions (14e inscription) ; 3° les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de 14 inscriptions au moins, s'ils appartiennent à l'ancien régime, et de 10 inscriptions au moins, s'ils appartiennent au nouveau régime, devront obtenir préalablement l'autorisation du Doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au Secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir ; 4° les élèves en cours régulier d'études devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à 3 heures, du 11 février au 11 mars inclus. Après cette dernière date, nul ne pourra être admis. Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants.

Concours pour le clinicat de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — Un concours pour deux emplois de chefs de clinique s'ouvrira à la Faculté de Médecine de Paris, le lundi 18 mars 1901, à 9 heures du matin. Le chef de clinique, désigné le premier, entrera en fonctions le 1er avril 1901 ; le chef de clinique, designé le second, entrera en fonctions le 1er novembre 1901.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de chimie appliquée aux corps organiques* — M. ARNAUD, professeur, commencera ce cours le lundi 25 février 1901, dans l'amphithéâtre de chimie du Muséum d'histoire naturelle, rue de Buffon, n° 63, à 4 heures, et le continuera les jeudis, samedis et lundis suivants à la même heure. Le professeur fera l'histoire des alcaloïdes, végétaux naturels et exposera les principales méthodes d'extraction en usage dans les laboratoires et dans l'industrie.

Cours de physique végétale. — M. Léon MAQUENNE, professeur, ouvrira ce cours le mardi 26 février 1901, à 10 h. 1/2, dans l'Amphithéâtre de géologie, et le continuera le jeudi et le mardi de chaque semaine, à la même heure. Dans la première partie du cours, le professeur étudiera les principales fonctions physiologiques des plantes, en particulier les fonctions de respiration, d'évaporation et de maturation, ainsi que l'assimilation des matières minérales. Dans la seconde partie, il traitera de la composition des végétaux et de la formation naturelle de leurs principes immédiats. Des conférences pratiques auront lieu tous les samedis, rue de Buffon, n° 45 *bis*, à 10 h 1/2, dans lesquelles le professeur developpera les matières enseignées dans le cours, au point de vue expérimental et analytique, ainsi qu'au point de vue des applications.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE (Congrès de 1901, 18 année). — Le comité rappelle que la prochaine réunion de la Société française d'ophtalmologie aura lieu cette année le lundi 6 mai, à 8 h. 1/2 précises du matin, à l'Hôtel des Sociétés savantes, en face de l'École de Médecine. Il prie d'envoyer, avant le 15 mars au plus tard, le titre de la communication que l'on desire faire. Le titre du rapport de cette année est : *Valeur de l'iridectomie dans le glaucome*, M. DE WECKER, de Paris, rapporteur. Le Secrétaire général : Dubois de Lavigerie, 56, rue de la Victoire.

MÉDECINS DES HÔPITAUX. — Aux termes d'un arrêté du Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris, en date du 12 fevrier courant, le nombre des places de medecin des hôpitaux, auxquelles doit pourvoir le concours dont l'ouverture est fixée au lundi 4 mars 1901, est porté de trois à quatre.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — Le Dr Thilénius, professeur d'anthropologie et d'ethnologie à l'Université de Breslau, a obtenu du Ministre des Cultes l'autorisation de fonder un Muséum d'ethnologie à l'Université. Ce Muséum est le premier qui soit adjoint directement à une Université.

UN MÉDECIN ASSASSINÉ. — De Grasse au *Petit Journal* : Un assassinat a été commis à Cagnes, lundi, 18 février, à 8 heures du soir. Le Dr Curel, âgé d'environ soixante-cinq ans, était dans son

domicile, lorsqu'un jeune homme vint frapper à sa porte. Il alla ouvrir, mais, au même instant, il tombait frappé d'une balle au cœur. L'assassin alla ensuite dans le bas du village. Là, sur la route nationale, rencontrant M. Latty, pharmacien, il déchargea son arme sur lui à deux reprises différentes, mais les balles fort heureusement, ne firent que traverser les vêtements. Le jeune homme s'enfuit ensuite dans la direction d'Antibes. Cet individu, que l'on ne connaît pas à Cagnes, était vêtu de gris, coiffé d'un chapeau noir en feutre mou. Cet assassinat a produit une grosse émotion à Cagnes, où le docteur était très estimé. On en ignore les causes, mais la population les attribue à la vengeance. Le Dr Curel avait été médecin de la marine et avait fait plusieurs campagnes. Le parquet de Grasse, averti du fait, s'est rendu sur les lieux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Théodore-Emmanuel LECAUDEY, directeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris, président honoraire de l'Association des dentistes de France, officier d'Académie, chevalier de la Légion d'honneur. — M. le Dr Gustave ZEIMET, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de la Compagnie des chemins de fer de l'Est et de l'Orphelinat de la Seine, décédé le 12 février 1901, dans sa 36e année, à la Varenne-Saint-Hilaire (Seine). Zeimet, dont nous avons pu apprécier à Bicêtre toutes les brillantes qualités, laissera d'unanimes regrets parmi ses amis et ses maîtres. — On annonce la mort à 70 ans de M. Jules de CRISENOY, officier de la marine de grand avenir, il avait donné sa démission en se mariant. Après la guerre de 1870, il entra dans l'Administration, fut successivement préfet de l'Indre, de l'Aisne et de Seine-et-Oise, directeur au Ministère de l'Intérieur, conseiller d'Etat, enfin receveur des finances. Il était membre du conseil supérieur de l'Assistance publique et commandeur de la Légion d'honneur. Il avait été l'un des organisateurs de la Société de sauvetage des naufragés et collaborait à un grand nombre d'œuvres charitables et sociales.

AVIS IMPORTANT A MM. LES DOCTEURS

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Pr RAYMOND : *Clinique des maladies du système nerveux.* Mardi et vendredi, à 10 heures. — M. le Dr Jules VOISIN : Conférences sur les maladies mentales et nerveuses, les jeudis, à 10 heures du matin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ (Amphithéâtre Potain). — M. le Dr MAYGRIER, agrégé : *Leçons cliniques d'obstétrique*, jeudi à 10 heures.

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — Mardi, à 1 h. 1/4, M. le Dr Trousseau, thérapeutique oculaire externe. Mercredi, à 1 heure, M. le Dr Kalt, chirurgie oculaire. Jeudi, à 2 heures, M. le Dr Dubief, Démonstration d'anatomie pathologique et de bactériologie. Vendredi, à 2 heures, M. le Dr Valude, clinique ophthalmoscopique. Présentation de malades. Samedi, à 2 heures, M. le Dr Chevallereau, médecine légale oculaire. — Consultations et opérations à 1 heure.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Conférences de radiologie médicale.* — M. le Dr A. BÉCLÈRE, le Dimanche à 10 heures du matin (salle de conférences de l'hôpital) ; nouvelle serie de *huit conférences* sur les *premières notions de radiologie*, indispensables à la pratique de la Radioscopie et de la Radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades. — *Exercices pratiques de Radiographie.* Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du Dr Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine, tous frais compris.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr Albert ROBIN, le mercredi à 9 heures et demie, dans l'amphithéâtre des cours de la Pitié leçons de clinique thérapeutique. — Objet du cours : Maladies organiques de l'estomac.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc.) — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ASSELIN et HOUZEAU
place de l'Ecole-de-Médecine.

LAULANIÉ (F.). — Eléments de physiologie. — Prix de l'ouvrage complet. . . . . 18 fr.

Librairie CARRÉ et C. NAUD.
3, rue Racine.

DUBOIS (R.) et COUVREUR (Ed.). — Leçons de physiologie expérimentale. In-8 de VI-380 pages, avec 303 figures. Prix 14 fr.

Librairie A. COCCOZ,
11, rue de l'Ancienne-Comédie.

LACROIX (F.). — Des résultats mécaniques du décubitus dorsal sur le plan horizontal employé pour le traitement du mal de Pott. Brochure in-4 de 70 pages, avec 22 figures et 1 planche hors texte. — Prix . . . . 2 fr. 50

Librairie O. DOIN,
8, place de l'Odéon.

ROTSCHILD (H. de). Bibliografia lactaria. Bibliographie générale des travaux parus sur le lait et sur l'allaitement jusqu'en 1899, avec une préface de M. S. DUCLAUX. In-8 de XII-583 pages Prix. . . . . 20 fr

INSTITUT DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE.
93, boulevard Saint-Germain.

JOANNEL (M.). — Leçons de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Toulouse (novembre 1895 à décembre 1897). Volume in-8 de 207 pages.

NICOLETIS — Six cas de colpo-hystéro-salpingo-ovariectomie, avec extirpation des ligaments larges par un nouveau procédé. Brochure in-8 de 23 pages, avec 9 figures.

PANTALONI (J.). — Chirurgie de l'estomac. Quinze cas de gastro-entérostomie rétro-colique postérieur en Y et deux cas de pylorectomie et de gastrectomie. Brochure in-8 de 38 pages, avec 5 figures.

Librairie MASSON,
120, boulevard Saint-Germain.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (29e session). — Paris, 1900. In-8 de CXII-331 pages, avec nombreuses figures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 9. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 2 MARS 1901.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Preuves expérimentales relatives à la Doctrine sur la propagation de la Malaria par les Moustiques ;

Par le Dr PATRICK MANSON
Conseiller médical près l'Office Colonial, et Professeur à l'Ecole de Médecine Tropicale, à Londres

Bien que tous les biologistes et tous les médecins qui ont dirigé leur attention sur le sujet en question, aient reconnu que le parasite de la malaria est transmis d'un individu à l'autre par certaines espèces de moustiques, on ne saurait pourtant prétendre que le public, en général, croit en cette théorie, et encore moins qu'il soit disposé à l'appliquer pratiquement Beaucoup d'objections ont été faites à la théorie en question par quelques biologistes et officiers sanitaires; mais ces objections n'ont été que le résultat de connaissances imparfaites de cette doctrine, et cette incrédulité est peut-être aussi due au fait qu'on n'a pas pu s'imaginer qu'un problème pathologique de tant de siècles ait pu obtenir une solution si simple que l'explication en question.

M. Patrick Manson, craignant que cette théorie dont la portée pratique est tellement grande, ne pût rester inutilisée, et désirant obtenir quelque succès pratique d'une théorie de la vérité de laquelle il était convaincu et dans laquelle il était scientifiquement engagé, a eu l'heureuse idée de chercher des moyens par lesquels il pourrait convaincre le public, en général, de la vérité de cette doctrine, et s'assurer le concours du public dans une œuvre pratique qui peut avoir des conséquences si importantes pour les pays où le paludisme est endémique.

L auteur a bien compris qu'à moins que le public ne crût à l'efficacité des mesures sanitaires qui sont si exactement indiquées par la théorie de la transmission du paludisme par les moustiques, et qu'à moins que le public ne comprît, jusqu'à un certain degré, les principes sur lesquels ces mesures sont basées, le public ne les accepterait point et n'y prêterait point son concours

Comme les preuves histologiques, biologiques et expérimentales qui ont pu satisfaire les hommes de science n'ont pas été comprises par le public, M. Manson a eu la bonne idée d'instituer des séries d'expériences à ce sujet, qui sont à même de convertir les plus incrédules. — Les voici :

Le Dr Grassi, en communauté avec le Dr Bignami, était parvenu à transmettre la malaria au moyen de la morsure des moustiques. Quoique ces expériences eussent été pratiquées avec la plus grande exactitude, le fait qu'elles avaient été entreprises à Rome et dans une région excessivement infectée par le paludisme, aussi bien que le fait, que ces expériences avaient été faites dans un pays étranger et loin d'Angleterre, furent des raisons pour que le public n'attribuât pas à ces expériences la valeur pratique qu'elles méritaient en réalité ! Pour ces raisons, M. Manson a songé à répéter les expériences de Grassi et de Bignami d'une manière plus dramatique — comme s'exprime l'auteur — et de leur conférer la valeur d'un *experimentum crucis*. L'auteur pensa que s'il faisait nourrir des moustiques qui ont été élevés dans un laboratoire, sur un malade atteint de paludisme dans un pays lointain, et que s'il faisait ensuite apporter ces moustiques jusqu'au centre de Londres ; si l'on faisait mordre par ces moustiques à un individu bien portant qui ne présente aucun soupçon d'être atteint d'impaludisme, et que si — peu de temps après que la morsure eût eu lieu — cet individu fût atteint de la fièvre palustre, et qu'on trouvât dans son sang les parasites caractéristiques de la malaria — la conclusion que la malaria est transmise par les moustiques serait bien évidente, et que personne ne pourrait se soustraire à cette conviction. — M. Manson a aussi pris une autre considération comme point de départ dans ses expériences. Il pensa que si un certain nombre d'Européens, qui n'avaient jamais été sujets à l'impaludisme, restaient pendant toute une saison malarienne dans une localité intensivement malarienne et où tous les habitants et tous les visiteurs sont atteints de la malaria, et que si ces individus restaient bien portants et libres de malaria sans l'usage de quinine ou d'autres médicaments prophylactiques, mais uniquement par le fait qu'ils se sont protégés contre les morsures des moustiques — ceci serait une preuve de plus pour la justesse de la théorie en question.

D'ailleurs, l'auteur s'est imaginé que si l'immunité contre le paludisme pouvaient être obtenue par des moyens non coûteux, par des moyens qui n'exigent pas de grands sacrifices quant aux confort, plaisir, affaires, etc., la théorie en question ne serait pas seulement démontrée à la grande satisfaction du public, mais que le public serait aussi volontiers disposé à accepter les mesures sanitaires qui sont indiquées par la théorie et par les expériences.

Après avoir reçu le concours de l'Office Colonial et celui de l'Ecole de Médecine tropicale de Londres, M. Manson a entrepris les expériences suivantes :

Expérience I. — Les Drs Bignami et Bastianelli s'étaient chargés d'envoyer des moustiques infectés de paludisme, de Rome à Londres. Les malades atteints de malaria sur lesquels les insectes furent nourris, présentaient le type pur de la forme tierce et bénigne de la malaria. Il fallait strictement éviter d'infecter les moustiques avec les parasites de la forme tierce et maligne, puisque des insectes ainsi infectés auraient pu être funestes pour la vie des individus en expérience ; on devait également exclure l'injection avec la fièvre quarte qui, bien qu'elle ne menace pas la vie, présente un type qui est excessivement difficile à guérir radicalement. — Pour s'assurer de la pureté absolue de l'infection, MM. Bignami et Bastianelli ont fait à plusieurs reprises des examens microscopiques minutieux du sang des malades sur lesquels les insectes furent nourris. Après que les insectes eurent été ainsi infectés, le Dr L. Sambon, de Londres, qui s'était rendu à Rome à cause de l'expérience II, les plaça dans quatre petites cages cylindriques qu'il expédia — empaquetées d'une manière appropriée — à l'École de Médecine tropicale de Londres. Les moustiques infectés arrivèrent à Londres à peu près quarante-huit heures après avoir quitté Rome.

Les notes suivantes relatives à l'expérience en question sont faites par M. Thurburn Manson, fils du fameux épidémiologiste, le professeur Patrick Manson. M. P. Turburn Manson, médecin de Guy's Hospital à Londres, s'est soumis aux infections par les morsures des insectes qui avaient été infectés à Rome. Il est âgé de 23 ans, naquit en Chine qu'il avait quittée à l'âge de trois ans, et a, depuis ce temps-là, continuellement vécu en Angleterre ; il n'a jamais résidé dans une région infectée de paludisme ; il jouit d'une parfaite santé. Le premier envoi de moustiques arriva à Londres le 5 juillet 1900. Un grand nombre de moustiques moururent pendant le voyage, tandis qu'un certain nombre d'entre eux ont survécu. Ils se trouvaient dans un état de faiblesse et n'étaient pas disposés à mordre. Vers le 7 juillet, tous les insectes étaient morts. Le second envoi arriva à Londres le 29 août 1900. On avait infecté ces insectes à Rome les 17, 20 et 23 août, en les nourrissant sur un malade qui était atteint d'une malaria tierce et bénigne. Le sang du malade en question présentait un grand nombre de parasites malariens. A leur arrivée, 12 moustiques étaient vivants et d'une apparence saine. Cinq de ces moustiques furent nourris sur M. Thurburn Manson, le 29 août ; trois, le 31 août ; un seul, le 2 septembre, et un autre le 4 septembre. Les insectes mordirent volontiers les mains et les doigts de l'expérimentateur. Les morsures furent suivies d'une grande irritation qui durait pendant deux jours. Le troisième envoi arriva à Londres le 10 septembre. Ces insectes-ci avaient été nourris à Rome les 6 et 7 septembre sur un malade qui souffrait d'une infection tierce simple et dont le sang ne contenait plus qu'un très petit nombre de parasites ; 50, jusqu'à 60 moustiques de cette espèce se trouvaient dans un bon état ; 25 de ces insectes mordirent le sujet en expérience le 10 septembre, et 10 insectes le mordirent le 12 septembre. Jusqu'au 13 septembre, le jeune expérimentateur se portait parfaitement bien. Le matin du 13 *septembre*, il se sentait las et était de mauvaise disposition ; sa température montait jusqu'à 99° F. A midi, il sentit un frissonnement et fut disposé à bailler. A 4 h.1/2 du matin, il se mit au lit avec de grands maux de tête, avec la sensation de frissonnements et de lassitude, avec des douleurs au dos et aux os, et avec une température de 101°, 4 F. Un examen répété du sang ne put pas découvrir la présence des parasites malariens.

Le 14 *septembre* : Le malade dormit assez bien, mais il s'éveilla à 3 heures du matin, transpirant et ayant une température de 101° F. Pendant la journée, sa température se mouvait entre 101° et 102° F. — Les symptômes du 13 septembre devinrent plus intenses et le malade souffrit d'une inappétence absolue. L'examen du sang fut fait à plusieurs reprises avec un résultat négatif. Pour soulager ses maux de tête, le malade prit 10 *grains* de phénacétine à 6 heures du matin ; la transpiration fut abondante.

Le 15 *septembre*. — Le malade s'éveilla à 7 h. du matin ; il se sentit mieux et eut une température de 100°,4 F. Le professeur Patrick Manson, qui avait examiné le sang de son fils plusieurs fois, ne put découvrir de parasites malariens. A 2 h. p. m. le malade commença à sentir des frissonnements ; bientôt après cela il eut de la chaleur et devint agité ; à 4 h. 30 m. p. m. la température fut de 103°,6 F. La température se maintint à environ 103° F. jusqu'a 9 h. p. m., lorsque le malade fut atteint d'une transpiration profuse. Le malade avait aussi un peu de délire à ce temps-là.

Le 16 *septembre*. — Il s'éveilla à 8 h. du matin, se sentant parfaitement bien ; température : 98°,4 F. Le malade pratiqua plusieurs examens du sang et découvrit un parasite du type tierce de la malaria ; ce parasite n'était pourtant pas bien développé. Dans l'après-midi et la soirée il y eut une récidive de la fièvre (température : 102°,8 F.), qui fut pourtant soulagée par la transpiration.

Le 17 *septembre*. — Le malade a bien dormi et se sentit bien en s'éveillant ; la température était de 99° F. A 10 h. du matin l'examen du sang a révélé la présence de plusieurs parasites qui étaient développés à la moitié, et de deux leucocytes pigmentés. Pendant la journée on trouva plusieurs parasites du type tierce. — La présence de ces parasites fut vérifiée par le professeur Patrick Manson, le Dr Frederick Taylor, le Lieutenant-Colonel Dr Oswald Baker, le Dr Galloway, les Drs Watson Cheyne et James Cantlie. A environ 2 h. p. m. la sensation de frissonnement retourna (température 101°,8 F.) ; à 5 heures la température était montée à 103° F. Le malade transpira abondement. Aux moments de l'inspiration profonde on put sentir le bord de la rate, et le malade sentait quelque dérangement dans la région de cet organe. Les Drs Frederick Taylor et Watson Cheyne ont pu établir la présence d'une tuméfaction splénique. A 9 h. du. matin la température était descendue à 99°, F. et le malade se sentit mieux ; le malade avait pris 10 grains de quinine.

Le 18 *septembre*. — Après une bonne nuit le malade se sentit très bien en s'éveillant (température 97° F.).

Il prit 10 grains de quinine, et après cela il prit 5 grains de quinine toutes les huit heures. — Le malade se sentit bien pendant toute la journée. Quelques parasites, développés aux trois quarts de leur état normal, furent trouvés dans le sang pendant la matinée et l'après-midi; leur présence fut vérifiée par le Dr Oswald Brown, le professeur Patrick Manson et par l'expérimentateur. A 10 h. p. m. les parasites étaient disparus; les derniers parasites furent trouvés à 5 h. p. m.

Le 19 *septembre.* — On ne put pas découvrir la présence de parasites. La température fut normale. Le malade se sent parfaitement bien. Il n'y avait plus de tuméfaction splénique et non plus de sensation douloureuse à la presion de la rate. L'appétit s'est rétabli.

Le 25 *septembre.*—M. Thurburn Manson se porte bien; il n'y a pas eu de récidive des symptômes malariens.

Expérience II. — Une baraque en bois, construite en Angleterre, fut transportée en Italie et érigée là dans la « Campagna Romana », dans un endroit qui fut désigné par le Dr L. Sambon et qu'il avait reconnu comme étant intensivement infecté par la malaria, dans un endroit où tous les habitants permanents souffrent de cachexie malarienne et où tous les paysans de contrées saines d'Italie qui se rendent là pour faire la récolte, contractent l'impaludisme sans exception et après un court séjour. Cet endroit est situé près d'Ostie, sur l'embouchure du Tibre.

Le seul mode dont les expérimentateurs se sont protégés contre les morsures des moustiques et contre la fièvre consistait dans des écrans construits en fils de fer et en forme de réseau; ces réseaux furent placés dans les portes, dans les fenêtres et autour des lits des expérimentateurs. Les expérimentateurs n'ont absolument pas pris de quinine. Les Drs L. Sambon, G. C. Low, M. Ferzi et leurs deux domestiques italiens avaient séjourné dans la baraque en question, vers le commencement de juillet.

Ils se sont promenés tout à fait librement pendant la journée — faisant toujours attention d'être à l'abri contre l'espèce « anopheles », — mais ils ne sont jamais sortis de leur baraque depuis le coucher du soleil jusqu'au lever. Le jour du 21 septembre — étant la date de la dernière lettre du Dr L. Sambon à M. le Pr Patrick Manson, — les expérimentateurs aussi bien que leurs domestiques se sont réjouis d'une parfaite santé, tandis que tous leurs voisins étaient atteints de la malaria. — Le Pr Manson fait remarquer que pour ce moment — le moment où il a écrit l'article en question, i. e. le 29 septembre — il se contente de publier le résultat sus-mentionné, mais que les Drs Sambon et Low publieront, assurément, des détails plus minutieux relatifs à leurs expériences à la fin de la saison malarienne et lorsque leurs expériences seront finies, c'est-à-dire à la fin d'octobre 190). — Pour le moment il suffit d'établir ce fait-ci : à savoir que les expérimentateurs en question se déclarent satisfaits des résultats de leurs expériences, en faisant remarquer que la protection contre les morsures des moustiques protège contre la malaria et que cette protection est bien compatible avec le travail en plein air pendant la journée.

M. Patrick Manson finit son très important article en disant : Il serait maintenant de devoir du public d'utiliser les faits que nous enseignent ces expériences. Le fera-t-il? Déjà il a entendu des voix qui déclarent qu'il est impossible d'éviter les morsures par les moustiques dans les régions tropicales et qu'il serait inutile de tâcher de s'en protéger. Quelquefois on est obligé de sortir le soir et que, par exemple, un médecin doit visiter ses malades à n'importe quelle heure.

Cela est bien vrai, dit M. Manson, mais puisqu'il n'est pas possible d'éviter un danger tout à fait, il n'en résulte point la raison de ne pas tâcher de diminuer ce danger autant que possible.

Le Dr C. W. Daniels, qui a habité l'Afrique centrale britannique, vient de communiquer à M. Manson que, parmi mille moustiques dans cette région-là, il y en a à peine un seul qui soit infectant; donc, si un individu s'expose d'habitude aux morsures par les moustiques dans l'Afrique centrale britannique, en admettant qu'il soit mordu dix fois chaque soir, il a ainsi la chance d'être infecté de paludisme environ quatre fois par an; mais si ce même individu se protégeait systématiquement contre les morsures par les moustiques et qu'il n'eût ainsi la chance d'être mordu qu'une seule fois par mois, il pourrait vivre pendant cent ans dans l'Afrique centrale britannique avant d'être infecté de malaria. Le fait de pouvoir ainsi diminuer les chances du danger mérite donc tous nos efforts à cet égard.

La question des dépenses, dit l'auteur, ne vient aucunement en considération. Sauver la vie d'un seul individu, protéger un seul homme contre une infirmité permanente, serait une compensation suffisante pour toutes les dépenses relatives aux choses qui seraient nécessaires pour protéger chaque maison européenne dans l'Afrique Occidentale.

Ces expériences, conclut le Pr Patrick Manson, ensemble avec les travaux de Ross, Grassi, Celli, Bignami, Bastianelli et des autres investigateurs italiens, aussi bien que les observations récentes sur le paludisme des indigènes par Koch et par les membres de la Commission pour l'étude de la malaria de la Royal Society et de l'Office Colonial de l'Anglererre, indiquent exactement les mesures à prendre pour résoudre le problème de la malaria, et à savoir : 1° Il faut éviter le voisinage des maisons des indigènes, qui représentent la source perpétuelle des parasites malariens; 2° La destruction — autant qu'elle est possible — des marais qui sont infectés par l'espèce « anopheles »; et notamment : 3° La protection contre les morsures par les moustiques. (The Lancet, 29 septembre 1900).

Dr Léon Lebovici (de Carlsbad).

Contre l'alcoolisme. — Voici le texte de la circulaire que, comme nous l'avons déjà dit, le ministre de la guerre a dernièrement adressée aux commandants de corps d'armée au sujet de l'alcoolisme :

« Mon cher général.

« La circulaire du 3 mai 1900 a interdit de vendre dans les cantines des casernes, quartiers, camps et terrains de manœuvre, aucune eau-de-vie ou liqueur à base d'alcool, ni aucune des multiples preparations connues sous le nom d'apéritifs. Cette mesure donnera de bons résultats au point de vue de la prophylaxie de l'alcoolisme dans l'armée ; mais, des abus de boissons etant toujours possibles en dehors des casernes, l'interdiction faite aux cantines n'aura tout son effet que si, au moyen d'une action morale, exercée par les officiers, et d'un enseignement anti-alcoolique, le soldat acquiert la certitude que l'usage de l'alcool diminue la résistance à la fatigue et à la maladie, tandis que l'habitude de la sobriété a la meilleure influence au double point de vue physique et moral. J'ai. en conséquence, décidé que des conférences sur les effets et les dangers de l'alcoolisme seront faites, dans les corps de troupe, soit par les officiers, soit par les médecins militaires, concurremment avec les conférences réglementaires sur l'hygiène. Je vous adresse le programme de ces conférences au sujet desquelles je vous invite à donner des ordres à qui de droit. Général André. »

HYGIÈNE

Les procédés de stérilisation et résultats de l'emploi du lait stérilisé (*suite*) (1);

Par le Dr **Axel JOHANNESSEN**, professeur à l'Université de Christiania.

Pour la plupart des autres maladies infectieuses on n'est pas d'accord à l'égard de leur transmission par le lait. Quelques-uns ont supposé que plusieurs maladies infectieuses de l'espèce humaine pouvaient paraître chez la vache et directement arriver au lait par un pis malade ou sain; d'autres, que l'existence de pareilles bactéries spécifiques provenaient accidentellement de la contamination d'un individu malade. On a recueilli peu d'observations à ce sujet en ces derniers temps, cependant on peut noter un traité de Femberg (2), et un autre de Vladiniorow (3) qui a étudié les modifications que le bacille de la diphtérie apporte dans le lait et, enfin, une observation de New-Jersey relatant que plusieurs personnes, de seize maisons différentes, ayant acheté du lait chez une laitière dont le fils, atteint de la fièvre scarlatine, avait laissé tomber dans le lait des pellicules et des croûtes, reçurent les germes de cette maladie (4).

Sedgevick (5) a aussi rapporté une petite épidémie de fièvre typhoïde qui atteignit 50 personnes qui s'étaient procuré du lait chez un garçon laitier qui avait eu la fièvre typhoïde. Enfin, Edwards et Severy (6) ont également relaté une épidémie de folliculaire tonsillitis. On a trouvé des staphylocoques et des streptocoques, non seulement dans le lait, mais aussi dans la gorge des sujets contaminés. Notre pays a fourni une intéressante contribution à l'étude de certains empoisonnements, accompagnés de diarrhée, et pouvant être dus à des mastites purulentes provenant de vaches malades (7). Il est clair maintenant que la destruction de ces bactéries est désirable et nécessaire. Parmi les bactéries auxquelles on a ainsi déclaré la guerre, les microbes pathogènes entrent, naturellement, en première ligne; mais Duclaux a montré, avec grande force, qu'il était encore indispensable de rendre inoffensives les bactéries de l'acide lactique en raison de l'influence néfaste qu'elles ont sur la coagulation du lait, sur la fonction de l'estomac et sur la digestion. L'école médicale de Breslau s'est engagée, plus tard, dans cette voie. Il est parfaitement explicable que la méthode de détruire les bactéries, produisant une bonne alimentation artificielle pour l'enfant nouveau-né qui a à lutter contre les bactéries, ait pris une grande extension et rallié de nombreux et enthousiastes partisans; en outre, elle s'accorde complètement avec les idées qu'on a maintenant sur l'étiologie des maladies. Considérables sont aussi les rapports sur les bons résultats qu'on a obtenus avec un lait ainsi traité. Il deviendra cependant bientôt évident que cette méthode n'est que le premier maillon dans la chaine des conditions requises pour obtenir un bon succédané du lait de la mère.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 8.
(2) Zeitschrift für Klinische Medecin.
(3) Zur Uebertragbarheit der Diphteri durch Milch. Archiv. der Sciences biol. (Saint-Petersbourg), V 3, Ref. i. Zeitschrift fur Milch- und Fleisch Hygiene, décember 1898.
(4) Rep. i. Hygienische Rundschau v 136, 189-, p. 44.
(5) Reitschr. f. Milch und Fleisch. Hygiene Okt. 1899, p 15.
(6) Sammestid, 1898, p 73.
(7) Snilz. Holst. Om Kyedikokker og Yverbetandelse hos Kjör som Aarsag til akut Mavekatarr hos Mennesker. Festskrift for H. Heiberg, 1895, p. 113.

Il sera d'abord nécessaire de savoir si le lait a déjà subi des modifications bacillaires avant le commencement du chauffage — modifications causées soit par la négligence, soit par la malpropreté — et ensuite jusqu'à quel point un long transport, durant de fortes chaleurs, est favorable au développement des bactéries. Ainsi, il faut faire ressortir, et le public doit comprendre que la cuisson ne peut pas neutraliser l'influence nocive qu'une falsification ou qu'un défaut dans la nourriture des vaches peuvent avoir sur la qualité nutritive du lait, pas plus qu'elle ne peut tuer les spores de certaines bactéries, même si l'on porte le liquide à une ébullition prolongée à 100°; il faudrait pour cela arriver à 120°.

Et ces spores peuvent encore se développer et donner naissance à de nouvelles bactéries qui, comme Soxhlet l'a déjà démontré dès 1891, sont capables de changer complètement le goût et l'aspect du lait par la fermentation de l'acide butyrique. Ces bactéries peptonisent la caséine au début sans modifier le goût du lait; plus tard, elles donnent au liquide de l'amertume.

La cuisson est loin d'avoir une action mortelle sur ces bactéries, bien au contraire, elles semblent se développer plus richement dans le lait bouilli que dans le lait cru et cela parce que la cuisson détruit les bacilles lactiques qui ont le pouvoir, en raison de leur grande quantité, d'empêcher d'autres bactéries de se développer (Soxhlet et Flügge). Récemment, Migula (1) a montré que le bacille de la pomme de terre, duquel le lait ne peut être débarrassé par la cuisson, a ses spores détruites lorsqu'on ajoute au liquide un peu d'acide avant le chauffage. Cependant, même si les bactéries sont tuées par l'ébullition, il peut encore se produire des toxines nuisibles qui ne sont pas détruites, comme le tyrotoxicon de Vaughan (2) les bactéries de Flügge (nos I, III et VII) qui forment une toxine, le bacille n° I de Lübbert (3) qui forme aussi une toxine dans laquelle le corps du bacille vivant est montré empoisonné, enfin la toxine que Pasquale de Michele (4) a trouvée formée dans le lait contenant des bacilles de la tuberculose, même après la destruction de ceux-ci. Flügge a fait remarquer que les toxines, qui sans doute jouent un rôle dans l'étiologie des maladies de l'intestin, semblent avoir une grande puissance sur les nouveau-nés, parce que ces derniers sont principalement sujets à ces affections; tandis que l'enfant de deux ans n'est que rarement attaqué par une pareille maladie après l'absorption du lait. Ces changements peuvent se produire, ainsi qu'il a été dit, vivement et sûrement lorsque le lait est exposé à une température de plus de 22°. Les empoisonnements causés par ces toxines revêtent un caractère aigu, mais je désire indiquer qu'ils peuvent aussi devenir chroniques. Je crois que la maladie appelée scorbut infantile (maladie de Barlow) doit certainement venir de pareils empoisonnements chimiques.

Il faut se rappeler que plusieurs de ces toxines ne sont pas influencées par une courte cuisson et que, par conséquent, elles peuvent aussi développer leur action dans le lait dit « stérilisé ».

(1) Deutsch therap. Wochenschrift, vierte Jahrgang, n° 15. Ref. i. *Zeitschrift fur Fleisch- und Milch Hygiene*. Heft. 2, 1899, p. 32
(2) Tyrotoxicon; its nature, its chemistry and its action upon animals. (Transactions of the internat. medic. Congress). Washington 1887.
(3) Ueber die Natur der Geftnerkung peptoniserender Bacterien in der Milch. *Zeistchrift fur Hygiene*, v. 21, 18, p. 457.
(4) La pediatria, aout 1894

Cette manière de voir est également partagée par M. le Pr Torup (1) à la suite d'analyses, faites à ce point de vue, sur le scorbut arctique à propos de l'expédition polaire de Nansen. Il paraît que partout où le scorbut s'est déclaré, on a pu constater que les aliments qui étaient disponibles avaient subi une plus ou moins grande décomposition, alors que le manque de végétaux qu'on avait supposé avoir joué un grand rôle dans le développement de ces états, a fait voir qu'ils étaient sans importance (Nansen et Johansen sont restés 9 mois sans manger de végétaux, ils se sont nourris seulement de viande et de lard gelés). Torup a, en outre, été capable, en faisant ingérer à des chiens une nourriture décomposée de la sorte, de produire chez eux un état pathologique ressemblant complètement aux graves formes du scorbut. Harley a, à la suite d'expériences faites sur des singes, entièrement confirmé ces résultats.

J'ai fait voir précédemment que l'ordinaire soi-disant stérilisation ne neutralise pas toujours (jamais peut-être) les dangers que le lait, suivant son origine et son traitement, implique sous le rapport hygiénique. J'arrive maintenant à montrer que la stérilisation elle-même fait subir au lait des modifications chimiques et physiologiques qui ne sont pas sans valeur dans la nourriture lactée. Il est clair, que par la cuisson à air libre, le lait perd de son contenu d'eau (circonstance qui ne joue aucun rôle, excepté lorsqu'il est donné sans coupage). La pasteurisation du lait peut, suivant les analyses de Woll (2), changer son poids spécifique ; 12 échantillons ont montré une baisse de 1.03303 à 1.03288.

La viscosité peut aussi, d'après les mêmes analyses, diminuer par la pasteurisation, non seulement pour le lait, mais encore pour la crême. Par la stérilisation, sous pression de vapeur d'eau, la viscosité diminue pour la crême, mais très peu pour le lait. Le volume du gaz qui, d'après les expériences de Thörner (3), varie entre 57 et 86 c m. par litre de lait frais, soit 55,72 0/0 Co^2, 23,33 0/0 N, 4,11 0/0. On peut, par une cuisson dans un récipient ouvert, subir une diminution principalement de Co^2 et s'abaisser jusqu'à 15-19 c.m. par litre. Par la stérilisation dans des bouteilles ouvertes, la perte de gaz est plus petite, tandis que le contenu descend à 45 c.m. par litre. La perte de gaz ne se regagne pas si l'on fait passer un jet de vapeur d'eau ou un courant d'air au travers du lait, ou si après le refroidissement on comprime l'air atmosphérique. Si l'on fait la cuisson dans des bouteilles fermées, il ne se produit aucune perte de gaz. Par le chauffage, le goût du lait s'altère. Des essais faits, pour la première fois en 1889, par M. Fjord (4), ont montré que le changement qui s'opère dans le goût du lait commence à 80° ou, suivant Duclaux, à 75°. Thörner a pensé que la cause de cette modification peut être attribuée à la perte de Co^2. Cet auteur suppose encore qu'on peut empêcher cette altération par l'introduction de ce même gaz. Je serais disposé à croire que le goût de bouilli provient de la décomposition des acides non saturés. Les recherches d'après lesquelles le lait deviendrait alcalin par la cuisson sont faites avec la phénolphaléine comme indicateur, mais la propriété de cet indicateur est influencée par la présence de Co^2. Quand ce gaz peut être expulsé par la cuisson, il est possible alors de se rendre compte des fautes commises dans l'analyse, mais lorsqu'on se sert du lacmoïd ou du méthylorange, comme indicateur, ces fautes ne se produisent pas. La faculté de caséifier le lait par l'action de la présure est ordinairement perdue par la cuisson. Quelques-uns, comme Schaeffer, ont cru que la cause en était due au départ de Co^2 ; quelques-uns encore, comme Englin, ont pensé que la quantité d'acide était diminuée ; d'autres enfin, comme Ad. Meyer, que le défaut de caséification dépend de la haute température elle-même.

Söldner (1) a cependant montré que la raison de ce changement est à chercher dans les sels de lait, parce que les sels de calcium, par la cuisson, se transforment en partie en phosphate de calcium insoluble, principalement $Ca^3 (PO_4)_2$. D'un autre côté, Hammarsten, et, dernièrement, Arthus (2), ont montré les grandes et décisives influences que les sels de chaux solubles exercent sur la caséification du lait. Cette caséification peut de nouveau avoir lieu lorsqu'on fait dissoudre les phosphates de calcium insolubles, soit en ajoutant avec précaution de l'acide phosphatique (Engling), soit par une introduction d'acide carbonique (Schaeffer et Söldner). D'après de récentes recherches, les matières protéiques du lait se divisent en : *caséine*, *lactalbumine*, *lactoglobuline*. La caséine ne se coagule pas avant 130° dans un vase fermé, mais il se forme, par l'ébullition, une pellicule à la surface du lait. Des auteurs aînés ont regardé la formation de cette pellicule comme un phénomène d'oxydation (Lowig, 1846) ou comme le résultat d'une action réciproque entre la surface du liquide et l'atmosphère (Hoppe, Seyler). Soxhlet et Stohmann expliquent l'établissement de cette pellicule comme un dessèchement relatif de la surface du lait, tandis que la viscosité des couches inférieures empêche la diffusion de bas en haut.

Le remuage durant la cuisson empêche la pellicule de se former, de même si la cuisson a lieu dans un récipient fermé ou rempli de vapeur. La lactalbumine et la lactoglobuline se coagulent de la même manière que les albumines et les globulines ordinaires. Soxhlet et Rubner profitent, conséquemment, de l'absence de l'albumine coagulable, après la précipitation de la caséine par l'acide, pour constater si le lait a été cuit. Mais ainsi qu'il arrive toujours quand les substances albuminoïdes se coagulent par la chaleur, il restera dans la solution, en même temps que se fait la modification insoluble et coagulée, une partie d'albumine, soit comme un produit de la décomposition, soit comme un reste inattaqué à cause des changements dans le liquide par la cuisson. On voit, quand on a précipité toute la caséine du lait bouilli par un moyen absolu de précipitation (kalialun, par exemple), qu'on peut toujours avoir dans le liquide filtré avec le tannin assez de résidu provenant d'une matière protéique.

M. Sebelien a complaisamment fait les recherches suivantes que je me permets de vous faire connaître. Les expériences ont porté non seulement sur le lait frais, mais aussi sur le lait écrémé. L'analyse, faite avec la méthode de Schlossmann, a montré :

A. — Dans le lait frais, avant la stérilisation : caséine-azote (dans le résidu avec alun), 0,31 0/0 N ; albumine-azote (dans le liquide filtré avec tannin), 0,09 0/0 N. Après une stérilisation de 10 minutes à 120°, caséine-azote, 0,37 0/0 N ; albumine-azote, 0,02 0/0 N.

(1) Proceed. of the Royal Society, vol. 66.
(2) 12th. annal Report of the agricult. experiment. Station of. R. University. Madison, Wisc. 1896.
(3) *Chem. Centralblatt*, 1895, I. p. 239.
(4) *Beretning fra Laboratoriet for Landokonomiske forsog*. Kjobenhavn.

(1) *Die Salze der Milch.*, 1888. p. 79.
(2) *Thèse de Paris*, 1893.

B. — Dans le lait écrémé. Lait non bouilli, caséine-azote, 0,38 0/0 N; albumine-azote, 0,105 0/0 N; azote total 0,47 0/0.

Le même lait bouilli une demi-heure sous pression de vapeur à 100°, caséine-azote, 0,44 0/0 N; albumine-azote, 0,04 0/0 N.

Le même lait stérilisé, 10 minutes à 120°, caséine-azote, 0,44 0/0 N; albumine-azote, 0,05 0/0 N.

On peut voir d'après ces chiffres que jusqu'à la moitié de l'azote contenue comme albumine, se dérobe à la coagulation par la stérilisation. M. Sebelien a aussi observé à propos du degré de température où se produit la coagulation que cette dernière, pour la lactoglobuline, arrive vers 75° dans une solution de 5-10 0/0 Nacl; pour la lactalbumine, elle varie suivant la quantité de Nacl de 72° à 84° C. Siegfried (1) a trouvé dans le lait une substance qui, selon lui, appartiendrait au groupe des nucléo-protéides et qu'il a nommée acide phospho-carnique ou nucleon. On a attribué à la présence supposée de cette substance, de même qu'à ses rapports au lait stérilisé, une certaine importance pour la nourriture de l'enfant. Cependant, il convient d'attendre de nouvelles recherches sur les propriétés et sur la composition chimique de cette substance avant de commencer à s'occuper de son rôle à cet égard. Les résultats avec la méthode de Siegfried peuvent être facilement compromis par différentes matières qui se trouvent dans le lait. En outre de cette combinaison de phosphose, Stoklasa (2) a montré que le phosphore se trouve aussi dans la lécithine qui s'altère par la cuisson. Suivant les recherches de Siegfried et de Stoklasa, le phosphore serait contenu dans le lait de femme, environ 7 fois autant que dans le lait de vache lié aux matières organiques. Pour Keller et Knaeppelmacher le phosphore contenu dans le lait de femme paraît être beaucoup mieux utilisé que le phosphore du lait de vache.

Il est évident que les matières protéiques contenant du phosphore — surtout comme lécithine qui, d'après Chabrié, a une grande importance pour le développement de l'organisme et pour la formation du squelette, se trouvent non seulement en différentes quantités mais aussi dans des combinaisons chimiques toutes différentes dans les deux espèces de lait. La cuisson peut encore rendre le lait de vache plus pauvre en combinaisons organiques phosphoriques. On peut donc conclure que ces faits ne sont pas sans importance pour la nutrition de l'enfant. Quant à la graisse, on sait qu'une stérilisation à une température plus haute que 100° ou qu'une plus longue cuisson à cette même température la modifient. Elle ne peut rester plus longtemps à l'état de fine émulsion, elle monte à la surface en une couche solidifiée.

Il est facile de s'imaginer qu'une intensive stérilisation, sous une haute pression, peut saponifier la graisse neutre et volatiliser les acides gras. Autant que je sache, il n'existe pas de recherches sur ce sujet. Il est évident que les modifications de la graisse dans les rapports physiologiques ne sont pas sans importance. L'enfant au sein absorbe beaucoup plus de graisse comparativement qu'un adulte ; la relation est de 4,27 : 0,75 en 24 heures par kilo de son poids. On peut considérer comme certain, en tout cas, que la plus grande partie de la graisse du lait est résorbée sans décomposition, elle est seulement transformée au contact du ferment que Henriot a découvert dans le sérum du sang. La graisse doit être, pour cette raison, fine, émulsionnée et les recherches montrent aussi que la graisse du lait de femme est constituée en globules plus nombreux et plus fins que celle du lait de vache. D'après Woll, une pasteurisation n'a aucune influence sur le volume ou sur la quantité des globules gras. Quant au sucre de lait, il est susceptible d'être modifié par des plus hautes températures; à 110°, il subit une décomposition qui va en s'aggravant avec l'élévation de la température. Le lait qui a été stérilisé 10 minutes à 120° acquiert une couleur jaune-brun très prononcée causée par une formation de caramel. Peut-être se forme-t-il en même temps quelque acide (acide lactique, Wroblewsky). De plus, le pouvoir de la réduction du liquide de Fehling est attiré. Comme il a déjà été dit, les sels de lait peuvent aussi, par la cuisson, subir des changements parce que les sels de chaux solubles nécessaires à l'influence de la présure sont diminués; de même l'acide phosphorique est diminué. Il se forme alors des phosphates de calcium insolubles. J'ai montré plus haut l'importance que cette transformation chimique a pour la coagulation du lait et, conséquemment, je nommerai les recherches faites par Henkel, Scheibe et Vaudin sur le grand rôle que joue l'acide citrique dans le lait de vache et dans la solubilité des phosphates de calcium. Par la stérilisation, il se produit une modification dans l'état du lait amenée par la précipitation du citrate de chaux et du phosphate tricalcique.

Evidemment, la retentissante conclusion de Bunge que les substances minérales se trouvent dans le lait en même proportion que dans l'organisme de l'enfant à la mamelle ne peut plus se soutenir depuis les dernières recherches faites par Camerer et Söldner (1). Suivant Koeppe, il semble résulter que les sels jouent un grand rôle sous le rapport de la résorption de la nourriture. Il constate aussi une concordance, passée jusqu'ici inaperçue, entre le lait de femme et celui de vache quant à la dépression du point de congélation et à la pression disasmotique dans des liquides, concordance qui, bien que la quantité d'albumine et de sucre soit si différente dans les deux espèces de lait, est amenée par les sels. Il est donc permis d'admettre qu'une variation dans les quantités relatives des différentes matières n'est pas sans importance pour le rôle du lait dans la nourriture.

Indépendamment des substances déjà nommées qui, par l'ébullition, subissent des modifications plus ou moins grandes, le lait possède certainement d'autres propriétés qui ne sont pas encore complètement mises en lumière, mais dont on peut, néanmoins, avoir idée grâce aux recherches déjà faites.

Je rappellerai ainsi l'enzyme diastatique que Moro (2) a signalé dans le lait de femme et l'enzyme protéolytique décelé par Babcock et Russel (3) en 1897, ces enzymes sont détruits par le chauffage. Il existe encore d'autres recherches qui laissent soupçonner qu'il se trouve dans le lait frais plusieurs autres matières inconnues et dont la présence se revèle par certaines réactions, mais qui perdent cette faculté à la cuisson (4).

(1) *Zeitschrift f. Physiol. Chemie*, v. 21, p. 373

(2) Zur Kennfniss des Phosphors in der Frauen- und Kuhmilch. H. d. i. *Zeitschrift für Physiol. Chemie.*

(1) Verhandl. der sechzehnten Versammlung der Gesellschaft fur Kinderheilkunde, Munchen, 1899, p. 10

(2) Jahrbuch fur Kinderheilkund, t. 47, 1898.

(3) Unorganized ferment of milk : A new factor for the repening of Cheese estracted from the fourtheenth annual report of the Wisconcin agricultural experiment Station, Dec 1897.

(4) Confer. Raudnitz. Ueber sogenannte Fermentreaktion der melk *Centralblatt fur Physiologie*, v. 12, 1898, p. 790.

Quelques-unes paraissent encore montrer que le lait frais possède certaines propriétés qui peuvent avoir une influence dominante sur diverses espèces de bactéries. Fokker a attribué au lait frais des propriétés antiseptiques sur les bactéries de l'acide lactique parce que le lait stérilisé, où sont ensemencées ces bactéries, se coagule plus vite que le lait frais. D'autres auteurs, comme Hesse et Basenan, ont fait des recherches sur la relation du lait frais aux bactéries du choléra. Quelques antitoxines peuvent même se transmettre dans le lait, c'est d'ailleurs ce qu'il résulte des recherches de Ehrlich, Brieger, Cohn et Wassermann faites avec du lait de chèvres immunisées contre le tétanos et la diphtérie.

Félix Klemperer a pu transporter, à l'aide d'irrigations par l'anus, du lait d'une chèvre immunisée contre la fièvre typhoïde à une nouvelle accouchée et il a trouvé que le lait de cette femme avait une influence immunisante sur des souris infectées avec des bacilles typhiques. Il semble certain que les célèbres recherches de changement de nourrice qu'a faites Ehrlich ont démontré que le lait des bêtes immunisées avec les antitoxines de l'abrine, de la ricine et du tétanos avait un pouvoir immunisant sur les petits qui tétaient ces animaux; mais, d'après Vaillard, ce résultat n'aurait lieu, en général, qu'avec les bêtes employées à l'essai, c'est-à-dire avec des souris. Widal et Sicard ont obtenu le même résultat avec la substance agglutinante typhique. Ils ne réussirent à communiquer la réaction agglutinante qu'au lait de ces mêmes bêtes. Cette expérience est cependant en contradiction avec les observations de Achard, Ben, Sandi, Thiercelin, Lenoble, Castaignac, Landouzy et Griffon qui tous ont trouvé que le lait des mères atteintes de la fièvre typhoïde et que le sang des enfants qu'elles allaitaient possédaient cette même réaction. Schmidt et Pflanz ont prouvé que le lait de femme a des propriétés antitoxiques sur la toxine diphtérique, mais que pour paralyser une certaine quantité de cette matière, il faudrait quinze fois autant de lait que de serum sanguin.

Un cas intéressant est rapporté de Norvège par M. Bang (1). Un enfant qui souffrait du goitre fut guéri en tétant sa mère qui, elle aussi, ayant la même affection, était traitée avec l'iodothyrine. Quant aux maladies contagieuses, le lait ne semble pas avoir une propriété immunisante contre la rougeole; pour la coqueluche, on ne sait encore rien de positif (Neumann).

Il est évident que toutes les recherches précitées — recherches fort loin d'ailleurs d'être terminées — nous posent la question de savoir, si la cuisson du lait est d'une grande importance pour l'enfant. Sauf les bactéries pathogènes, les qualités du lait après la cuisson dépendent des qualités qu'il avait avant. Le but de tout travail futur sera donc d'arriver à obtenir un lait exempt, autant que possible, de bactéries, résultat auquel on peut parvenir par un examen minutieux des animaux et par une hygiène absolue de l'étable. Ensuite, les bactéries pathogènes qui peuvent se trouver dans le lait devront être détruites, sans que ses bonnes qualités en soient altérées. Pour le moment, cela se fait de la meilleure manière en pasteurisant le lait sous l'action d'une chaleur peu élevée et en le refroidissant ensuite. Il est encore un point sur lequel je me permets d'attirer votre attention. Comme l'alimentation artificielle se fait d'après la méthode de Soxhlet, l'enfant aura pour chaque repas une composition de lait tout à fait homogène. Des recherches que j'ai faites à cet égard, il résulte que l'albumine, la graisse et le sucre ont un pourcentage peu variable dans les différents repas journaliers; tandis qu'une série d'observations sur l'alimentation naturelle, montrent pour les mêmes substances, des variations très considérables, variations qui, en ce qui concerne les sels, sont établies par Kaeppe. Il arrive aussi que le lait des deux mamelles diffère beaucoup. Il existe également des recherches qui semblent prouver qu'il se produit des changements dans la composition du lait suivant que s'avance la période de la lactation; il n'est pas douteux que ces modifications répondent au développement et au besoin de nourriture de l'enfant.

(1) Berlin. *Kleine Wochenschrift*, 1897, n° 52.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Questions d'assistance : L'encombrement des hôpitaux : le seul remède pratique à cette situation.

M. Mathieu a saisi récemment la Société médicale des hôpitaux de l'état déplorable de son service à l'hôpital Andral. Les malades y sont entassés au point de n'avoir guère plus de sept mètres cubes d'air à leur disposition, et certains, atteints d'affections aiguës, ont dû être couchés sur des matelas placés directement sur le carrelage de la salle. Notons en passant que l'administration militaire exige *quarante mètres cubes* d'air par lit dans ses hôpitaux. Les réclamations de M. Mathieu se sont répercutées en de nombreux échos. Chacun avait des plaintes à formuler, tout le monde demandait qu'on prit des mesures immédiates pour faire face à cet état. M. Faisans, que sa qualité de membre du Conseil de surveillance rend tout particulièrement compétent, a affirmé, si nous avons bonne mémoire, que 1.700 malades supplémentaires encombraient les hôpitaux, et que, faute d'argent, on ne pouvait remédier à cette situation. Le Conseil municipal a, en effet, diminué le budget de l'Assistance et ne paraît pas disposé à voter de nouveaux subsides. Il y aurait peut-être un moyen de parer à ces graves inconvénients. On pourrait, par exemple, être plus sévère pour les admissions et refuser l'entrée de l'hôpital aux malades aisés; l'on pourrait réserver les lits d'abord aux malheureux et ne recevoir qu'exceptionnellement les malades payants, qui, avec leurs ressources modiques, mais souvent suffisantes, pourraient se faire soigner chez eux. Il serait possible de faire encore un pas dans la voie féconde du traitement à domicile. Depuis plus de sept ans, nous remplissons les fonctions de médecin du traitement à domicile, et nous avons pu nous rendre compte des bons résultats que donnait ce mode d'assistance médicale. Ces résultats sont surtout excellents dans la classe ouvrière dite nécessiteuse, où la maladie cause un état de misère momentané. Tous ces nécessiteux peuvent et doivent être arrachés à l'hôpital. Ce dernier devrait être réservé aux indigents sans famille, absolument dépourvus de ressources, aux mères d'enfants en bas âge qui n'ont personne pour les soigner, à ceux dont l'habitation est dans une situation d'hygiène trop déplorable pour qu'ils puissent y être traités; enfin aux malades atteints d'affections spéciales qui nécessitent

des interventions ou des soins que l'on ne peut donner qu'à l'hôpital. Une pareille sélection supprimerait l'encombrement des hôpitaux sans nécessiter de nouvelles constructions coûteuses.

Une seule personne peut faire convenablement cette sélection, c'est le médecin du traitement à domicile ; c'est lui seul qui peut, en visitant le malade chez lui, se rendre compte des nécessités médicales, hygiéniques ou sociales qui exigent son hospitalisation. C'est donc à lui que devrait revenir le droit d'admission. Ceci n'empêcherait nullement d'autoriser, dans une certaine mesure, l'admission des malades par le médecin chef de service, comme du reste le fait se pratique actuellement, mais dans quelques cas seulement, par exemple, dans l'intérêt de recherches scientifiques ou de l'enseignement. En tous cas, il faudrait absolument renoncer au système de l'admission du malade à la consultation qui est déplorable à plusieurs points de vue ; d'abord parce qu'il oblige les malades gravement atteints à une attente fatigante et dangereuse ; en second lieu, parce qu'elle ne permet aucun contrôle.

Ce remède que nousproposons a déjà fait ses preuves en plusieurs villes de France etde l'étranger. Il ne porterait préjudice qu'aux seuls médecins du traitement à domicile dont il multiplierait les pénibles fonctions, mais rien ne serait plus facile que de mieux répartir leurs charges en augmentant leur nombre ou de les dédommager en les indemnisant un peu plus largement.

Voilà un remède simple et efficace, c'est peut-être la raison qui en retardera l'application. En tous cas, en exposant dans notre dernier Bulletin les idées de M. A Marie sur l'Assistance familiale, nous ne nous doutions guère que les hôpitaux de Paris allaient nous fournir aussi vite des arguments aussi frappants.

J. Noir.

L'accident de Noisy-le-Sec.

Neuf vieillards ont été asphyxiés à l'hospice de Saint-Antoine de Padoue, à Noisy-le-Sec. Sept sont morts, deux ne valent guère mieux. Les défectuosités d'un poële mal installé et le manque de surveillance du personnel religieux de cet établissement doivent être incriminés. La justice fait des enquêtes et cherche à établir les responsabilités. Attendons que le juge d'instruction ait rempli sa tâche ; mais si l'hospice de Saint-Antoine de Padoue avait fait partie de notre Assistance et avait été doté d'un personnel laïque, quels termes flétrissants la bonne presse n'aurait-elle pas trouvés pour qualifier la criminelle imprévoyance des laïques ; elle se borne actuellement à déplorer ce malheur ; suivons son exemple, en attendant de connaitre les causes exactes de l'accident.

J. N.

Médaille dhonneur des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées. — *Médaille d'argent :* M. le Dr Moreau, conseiller municipal de Sens ; M. le Dr Quenouille, médecin des épidémies. (Epidemie de fièvre typhoïde en 1894 et 1899). — *Médaille de bronze :* M. le Dr Thouvenel, médecin de la prison de Fresnes (Epidémie de dysenterie, en septembre 1900).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 février 1901. — Présidence de M. le Dr Netter.

Modifications histochimiques de la muqueuse gastrique par l'alcool.

MM. Théoari et A. Babès (de Bucarest). — Chez les alcooliques, les travaux de Hayem ont montré l'hyperpension, l'hyperpopepsie. Histologiquement, l'alcool peut produire des inflammations chroniques de la muqueuse gastrique ,véritables gastrites ; mais la structure fine des cellules gastriques dans ces conditions n'aurait pas été recherchée (1). Les travaux expérimentaux des auteurs sur le chien montrent qu'au début, l'alcool produit une excitation sécrétoire de la muqueuse gastrique. Chimiquement. l'expérience continuée plusieurs mois donne un abaissement du chlore chimique organique ; histologiquement, les cellules principales (avec ou sans filaments locaux) ne fabriquent pas de granulations de pepsinogènes. Ces relations montrent encore la relation entre le chlore organique et la fonction pepsinogène et justifient l'importance attribuée à la croyance au dosage du chlore organique dans le diagnostic des affections de l'estomac. Un type histologique extrême est représenté par une grosse altération de la muqueuse stomacale et caractérisée par la gastrite interstitielle avec disparition des cellules de bordure. Les cellules principales présentent le type épithélium de surface.

Plusieurs péritonites hémorragiques.

M. Bard (de Lyon) présente une note sur le diagnostic par l'hématyse de la nature cancéreuse des pleurésies et péritonites hémorragiques ; quand il y a cancer, le liquide de ces épanchements renferme de l'hémoglobine dissoute, soit qu'il y ait hypotoxicité du liquide, soit qu'il existe une lésion spéciale. Quand il y a épanchement hémorragique, dans les pleurésies et péritonites tuberculeuses, les globules sont intacts. La centrifugation et un repos prolongé du liquide hémorragique, ensuite examiné donnent la réaction de l'hémoglobine au moyen de la teinture de gaiac et de l'essence de térébenthine ; elle est positive en cas de cancer, négative en cas de tuberculose.

Sérum surrénal toxique.

MM. Bigeard et L. Bernard ont recherché un sérum toxique vis-à-vis la capsule surrénale. Une solution de capsule de cobaye injectée plusieurs fois à des canards a donné ce sérum toxique qui cube 45 à 125 fois son poids de cobaye, en un laps de temps qui varie de quelques heures à plusieurs jours. A l'autopsie, les capsules sont augmentées de volume et de poids. Le centre en est décoloré, parfois diffluent, gélatiniforme. Au microscope, les lésions sont très profondes.

Basses températures.

M. Morel (de Toulouse) envoie le résultat de recherches sur l'action des basses températures compatible avec le cas du lapin.

Action du chloroforme sur le pouvoir réducteur du sang.

MM. Ganur et Lambert étudient l'action du chloroforme sur le pouvoir réducteur du sang.

M. Simon décrit un hématozoaire rencontré dans le sang des crocodiles.

M. Gley a rencontré dans le suc pancréatique d'animaux

(1) Qu'il nous soit permis de rappeler que cette étude d'hystologie fine a été commencée par A.-H. Pilliet, dans « *Action locale des essences sur la muqueuse gastrique*, Soc. de Biologie, 14 nov. 1893, p. 895, et continuée dans *Etude de l'estomac dans un cas d'empoisonnement aigu par l'absinthe*, Soc. de Biol., 28 mai 1898. *Gastrites toxiques expérimentales*, Soc. anat., 1893 ; et *Etude expérimentale sur ces gastrites toxiques*, Soc. méd., 10 fev. 1895. *Sclérose et atrophie des glandes gastriques*, Soc. méd., 1889, p. 293 et 514.

à jeun et soumis à des injections apilolarpine, de la diastase, de la pepsine et de la diastase.

M. Suchard étudie la structure de la veine porte chez divers animaux.

M. Rabault étudie le développement embryogénique de l'œil.

M. Dastre a étudié les tissus des crustacés sans y trouver de matières grasses, qui sont au contraire très abondantes dans le foie.

M. Triboudeau étudie dans le pancréas les ilots de Langérhans. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 février. — Présidence de M. F. Riche.

Discussion sur l'appendicite.

M. Guyon signale trois cas d'hématémèses dans l'infection urinaire. Ce fait confirme l'origine infectieuse des hémathémèses dans l'appendicite.

M. Dieulafoy croit qu'autrefois beaucoup d'accidents étiquetés occlusion intestinale, colique de *miserere* volvulus, abcès de la fosse iliaque, étaient des appendicites méconnues, la laparotomie n'était pas alors en usage. M. Dieulafoy n'oserait pas, comme M. Lucas-Championnière, prescrire le lavage de l'estomac dans le cas de vomito negro appendiculaire. Il pense que le repos est nécessaire à l'estomac pour permettre au caillot obturateur de se former dans le petit vaisseau ébarbé. Enfin, il est tout à fait d'accord avec M. Championnière pour déclarer que, quand le diagnostic est fait, l'opération s'impose.

M. Championnière croit malgré tout, pour l'appendicite, à une augmentation réelle de fréquence. Toutes ses guérisons ont été obtenues après le lavage de l'estomac. L'ablation des caillots, l'eau alcaline diminuant l'acidité, donnent un soulagement considérable et sont le meilleur moyen d'assurer le repos.

M. Pinard croit que l'appendicite a peu augmenté de fréquence. En obstétrique, la péritonite pendant la grossesse, la péritonite par rupture d'adhérences ne s'observent plus, ou plutôt sont rapportées à leur vraie cause : l'appendicite.

M. Kelsch regarde l'appendicite comme une maladie primitivement générale et finissant par une localisation infectieuse. On peut donc rapprocher l'appendicite de la dysenterie, de la grippe, du choléra, de la méningite cérébro-spinale et penser que, comme ces maladies endémiques ou épidermiques, l'appendicite peut apparaître à certaines époques, augmenter de fréquence ou disparaître.

Traitement de la fièvre aphteuse.

M. Jarre emploie l'acide chromique chimiquement pur en solution concentrée à 33 pour 100 dans le traitement de la fièvre aphteuse des animaux domestiques. Ce traitement fait disparaître instantanément la douleur après une seule application; la guérison est rapide.

Néphrotomie pour pyélonéphrite.

M. Le Dentu lit un rapport sur une communication de M. Mouchet (de Sens) relative à seize cas de néphrotomie suivis de guérison.

Un de ces cas, jusqu'ici unique, est relatif à une pyélonéphrite causée par un lombric ayant pénétré dans le rein, probablement à la suite d'une adhérence établie entre ce viscère et une anse intestinale.

La chaine des osselets dans l'audition.

M. Marage étudie la mobilité de cette chaîne et le rôle du massage dans les bourdonnements et la surdité.

La prophylaxie de la tuberculose.

Sur la proposition de M. Landouzy, l'Académie vote des remerciements à M. le ministre des postes et télégraphes pour avoir fait placarder dans tous les bureaux de poste une instruction fort bien rédigée, indiquant la prophylaxie de la tuberculose.

Election dans la section de médecine vétérinaire.

Les candidats présentés étaient : en première ligne, M. Saint-Yves Ménard ; en seconde ligne, MM. Barrier, Benjamin, Cadiot, Kaufmann et Moussu.

M. Saint-Yves Ménard est élu par 41 suffrages, contre 37 à M. Barrier. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 février 1901. — Présidence de M. Joffroy.

M. Galliard émet le vœu que l'Administration mette à la disposition des médecins des hôpitaux les éléments nécessaires au traitement de leurs malades par les méthodes opothérapiques. Ce vœu est adopté à l'unanimité.

L'encombrement et le mauvais état d'hygiène de l'hôpital Andral.

M Mathieu se plaint de l'encombrement de l'hôpital Andral, des mauvaises conditions hygiéniques des salles de cet hôpital, où non seulement les malades, mais les infirmières et les visiteurs sont gravement incommodés par la fétidité de l'air et les odeurs méphitiques. L'encombrement est tel que chaque malade n'a que 7 c.c. d'air et que des pneumoniques ont couché sur des matelas placés directement sur le carrelage de la salle. Des affections contagieuses se propagent et s'entretiennent par le fait de ces mauvaises conditions d'hygiène; le muguet, par exemple, atteint tous les malades cachectiques.

MM. Joffroy, Siredey et Hirtz appuient les plaintes de M. Mathieu et y joignent les leurs.

M. Faisans rappelle que s'il y a actuellement 1.700 malades de trop dans les hôpitaux de Paris, cela tient à ce qu'on y reçoit des malades qui ne devraient pas y être admis. D'autre part, il est impossible d'augmenter le nombre des lits d'hospice pouvant enlever quelques infirmes aux hôpitaux, faute d'argent.

M. Mathieu propose de demander un minimum de cube d'air pour chaque malade. Dans les casernes, le minimum de cubage d'air est de 17 mètres cubes par homme; dans les hôpitaux militaires, le minimum est de 40 mètres cubes par malade.

Griffe du pied et atrophie musculaire.

M. Lion présente un malade de 43 ans, atteint jadis d'un chancre induré en 1881, traité à l'hôpital du Midi. Quinze ans après il fut frappé d'hémiplégie sans ictus qui guérit complètement. Des phénomènes spasmodiques se manifestèrent en 1895. En 1898, il eut des troubles trophiques, chute des ongles, des orteils, puis survint la flexion permanente des orteils pour les phalanges des trois premiers orteils formant la griffe que Duchenne de Boulogne a décrite, griffe qui fut suivie d'atrophie musculaire.

Endorcardite pneumococcique.

M. Launois rapporte l'observation d'un pneumonique qui fut, durant sa pneumonie, atteint d'endocardite pneumococcique suivie d'insuffisance aortique et des lésions à pneumocoques dans les gaines de la main. L'autopsie permit, après quelques jours, des végétations en choux-fleur assez volumineuses sur la face ventriculaire des valvules sigmoïdes de l'aorte. Ces végétations contenaient un grand nombre de pneumocoques.

M. Barbié fait remarquer que l'étude clinique et les expériences de laboratoire concordent à démontrer que l'endocardite à pneumocoques siège de préférence sur les valvules sigmoïdes et dans le cœur gauche.

M. Launois fait remarquer que les lésions des gaines, des tendons de la main étaient survenues au point où le malade avait récemment reçu un coup violent.

Zona traumatique.

MM. E. Gaucher et Henry Bernard rapportent trois cas de zona traumatique, dus à une contusion ou à une lésion cu-

tanée superficielle. En dehors des cas où l'éruption zostérienne succède à une plaie ou à une lésion d'un tronc nerveux, ces observations prouvent que la lésion de filets nerveux terminaux peut suffire pour donner une éruption localisée de zona. Ces cas viennent à l'appui de la dualité du zona. Il y a : 1° un zona d'origine centrale, qui peut être primitif et infectieux, comme l'a montré M. Landouzy, ou symptomatique d'une lésion médullaire; c'est le zona qui affecte la disposition métamérique, d'après les recherches de M. Brissaud. 2° Un zona d'origine périphérique, qui siège exactement sur le territoire des nerfs lésés. Cette variété comprend tous les zonas traumatiques.

M. Parmentier a observé un portefaix, blessé en portant sur l'épaule un fardeau, le lendemain une éruption de zona survenait sur le brachial cutané interne, sans cependant que le territoire de ce nerf ait été directement laissé.

Traitement de la pneumonie par le sérum antidiphtérique.

M. Talamon prétend que l'emploi du sérum antidiphtérique, agissant sur les cellules de l'organisme, a une action excito-phagocytaire, favorable dans le traitement des maladies infectieuses, plus particulièrement de la pneumonie. Ayant traité 50 malades à Bichat, atteints de pneumonies, avec 7 décès. Sur ces 50 malades, 12 étaient manifestement alcooliques. Les effets du sérum seraient d'autant plus marqués que le traitement par les injections de sérum sont plus précoces. La défervescence survient chez les malades traités dès le deuxième jour en lisis, et non brusquement. J. Noir.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 février 1901. — Présidence de M. Béni-Barde.

La séance est ouverte à 4 h. 30.

Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

M. le Secrétaire général annonce que nos deux collègues, Henri Fournier et Richelot viennent d'avoir la douleur de perdre, l'un, son père, l'autre, sa mère : Mme veuve Richelot a été enterrée aujourd'hui même. — La Société envoie à ces deux collègues toute l'expression de sa sympathie dans ces tristes circonstances.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. Touraine médicale. Bulletin de la Société de tempérance.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. le Dr E. Dutertre (de Boulogne-sur-Mer), remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant national et envoyant, pour son diplôme et sa cotisation de 1901, la somme de 25 francs, qui a été versée au Trésorier. 2° Lettre de M. Sagnet, Secrétaire de la rédaction de la *Grande Encyclopédie*, demandant divers renseignements concernant la Société. Il sera répondu à cette demande. 3° Lettre de M. le Dr Moncorvo (de Rio-de-Janeiro), membre correspondant étranger, remerciant la Société de son invitation au banquet du 19 janvier.

M. le Secrétaire général annonce qu'il a reçu une lettre personnelle de M. Pellier, dans laquelle notre collègue lui laisse entendre qu'il ne pourra peut-être pas assister à la séance.

M. le Président dit que M. Pellier, renonçant implicitement par son absence aux observations qu'il se proposait de présenter à la Société, il se voit obligé de passer outre et d'entendre le rapport de la Commission nommée à l'effet d'examiner la candidature de M. Boucheron à l'honorariat : la Commission ayant conclu à la non-admission, M. le Président annonce que, conformément aux règlements, le vote aura lieu dans la prochaine séance, la Société tout entière devant être consultée à cet égard.

M. Monel lit son rapport sur la candidature de M. le Dr Filarétopoulo (d'Athènes) au titre de membre correspondant étranger.

Au nom d'une commission composée de MM. Jullien, Buret et Monel rapporteur, je viens vous présenter les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Filarétopoulo (d'Athènes).

A l'appui de sa candidature, notre confrère nous adresse plusieurs travaux importants. Tout d'abord une observation très intéressante de pemphigus aigu grave, publiée dans le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques* ; observation très intéressante en effet, qu'on ne rencontre que très rarement dans la pratique dermatologique, et digne d'attirer l'attention des praticiens.

Elle est relative à la femme d'un boucher, dont la spécialité était la préparation des pieds de veau. Chez cette femme se manifesta subitement, et en pleine santé, une éruption qui occupa rapidement presque toute la surface cutanée qu'elle transforma en quelques jours en une surface ulcérée et abondamment suppurante. Une fièvre intense et des phénomènes typhiques amenèrent rapidement la mort qui survint au milieu de phénomènes septicémiques huit jours après le commencement de la maladie.

Ni l'érythème polymorphe, ni la dermatite herpétiforme de Duhring ne purent être incriminés ; il s'agissait bien d'un pemphigus, qui évolua malgré un traitement interne et local énergique, vers la terminaison fatale. Au point de vue étiologique, dit notre confrère, cette observation vient à l'appui de l'idée émise par le Dr Pernet (de Londres), que le pemphigus aigu grave est dû à une infection générale par un microbe spécial auquel une blessure du tégument externe, en particulier des doigts, sert de porte d'entrée. Ce microbe provient de produits animaux (de l'espèce bovine) et frappe directement ou indirectement ceux qui manient ces produits tels que les bouchers et les tanneurs.

Un article paru dans la *Revue médicale* a trait à *un signe diagnostic de l'urèthro-cystite tuberculeuse.*

Dans ce mémoire, M. Filarétopoulo donne la description d'un signe qui n'a pas été signalé avant lui, et qu'il considère comme ayant une certaine valeur pour le diagnostic de cette affection.

Ce signe consiste dans l'infiltration du méat urinaire ; celui-ci ne se laisse plus entre-bâiller quand on le comprime perpendiculairement entre les deux doigts, mais offre une certaine résistance, à cause de l'induration de ses lèvres qui, au surplus, présentent une coloration bleuâtre caractéristique. Bien qu'il ne considère pas ce signe comme absolument caractéristique de l'uréthrocystite tuberculeuse, notre confrère pense que, toutes les fois qu'il se rencontre, on peut avoir de grandes présomptions en faveur de cette affection. C'est surtout dans les cas où l'examen bactériologique donne des résultats négatifs, et ils sont nombreux, que la présence de ce signe et son association avec deux autres : 1° la coexistence de la purulence des urines avec leur acidité exagérée, et 2° l'aggravation qui survient à la suite d'instillations de nitrate d'argent, donnent un argument de plus en faveur de l'uréthrocystite tuberculeuse.

Dans un mémoire *sur le traitement de la blennorrhagie de l'homme dans la période aiguë et chronique,* notre confrère indique le traitement logique et bien raisonné de l'urétrite gonoccique. En face d'une blennorrhagie au début, il faut baser la thérapeutique sur l'anatomie pathologique et la microbiologie, et approprier le genre du traitement aux indications formelles d'un diagnostic basé sur l'intensité, l'étendue et la profondeur du processus blennorrhagique. Tenter l'abortion toutes les fois que le traitement peut être institué 36 à 48 heures au plus après l'apparition des premiers symptômes, alors qu'il n'y a aucune douleur appréciable, que la goutte est à peine apparente, de couleur blanchâtre. Cette abortion s'obtiendra, non par les instillations et les injections fortes de nitrate d'argent, mais par les grands lavages antiseptiques, permanganate ou protargol, en très faible solution, car les gonocoques ont alors tendance à s'étendre en surface et n'ont pas eu le temps de pénétrer les couches profondes de l'épithélium urétral. Si la blennorrhagie est plus ancienne, deux cas peuvent se présenter, suivant la manière dont se comporte le gonocoque vis-à-vis des tissus qu'il attaque.

Si le microbe est à l'intérieur des globules de pus, les phénomènes inflammatoires sont, dès le début, ou très atténués, ou font complètement défaut, et alors les grands lavages antiseptiques sont indiqués. Si le gonocoque, au contraire, se trouve en dehors des corpuscules du pus, il y a, en général, des symptômes inflammatoires très accentués, et l'expectation

s'impose, tout traitement local pouvant amener, dans ce cas, des complications.

Il peut exister une autre catégorie de malades intermédiaires aux précédents, chez qui le processus blennorrhagique, quoique n'entamant pas les tissus profonds, a déjà traversé les couches épithéliales superficielles ; simple cuisson pendant les mictions, simple érythème du gland et du méat, gonocoques intra et extra leucocytaires. Chez ces malades, on peut intervenir localement, mais non à l'aide du permanganate qui amène des nécroses épithéliales mettant la muqueuse à nu, point de départ de nouvelles colonnes microbiennes, et coagule l'albumine de la muqueuse malade, perdant ainsi une grande partie de son action bactéricide, et devenant très irritant, mais à l'aide de l'ichthyol, qui, très antiseptique, ne présente aucun de ces inconvénients.

Pour ce qui est de la blennorrhagie chronique, si l'on se trouve en présence d'une goutte verte, les lavages au permanganate de 1/4000e à 1/2000e donnent de bons résultats. Mais si la goutte récidive avec une couleur blanche, il y a bien des chances de trouver la prostate dure et douloureuse, en tout cas engorgée. Le massage de la prostate s'impose alors, répété, mais avec séances de courte durée, 4 minutes au plus. Les lavements d'eau chaude à 45° calmeront la douleur prostatique, et activeront l'action du massage. S'il y a rétrécissement uréthral, massage prostatique et dilatation du canal, non à l'aide des Béniqué qui dilatent trop le méat et peu les parties profondes, mais avec le dilatateur d'Oberlander.

Instillations et lavages concentrés ne peuvent être considérés que comme moyens adjuvants ; la prostate étant souvent prise, et la cause de récidives de blennorrhagie ne saurait être négligée.

Ajoutons à ces travaux une thèse d'agrégation sur les *uréthrites*, des mémoires sur les installations de nitrate d'argent; les indications du sublimé dans la blennorrhagie, un chancre induré herpétiforme, le prurit dans les dermatoses syphilitiques, la valeur des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis, fistule anale simulant une syphilide gommeuse ulcérée, nouveau traitement des épithéliomas de la peau, note sur le tableau clinique du mycosis fongoïde et de nombreuses leçons faites à la Faculté d'Athènes, nous aurons résumé le considérable bagage scientifique du Dr Filarétopoulo.

Notre confrère a remporté, en outre, le premier prix d'honneur de la Faculté d'Athènes pour sa thèse inaugurale « sur les hémorragies de l'utérus dans les derniers mois de la grossesse », et, après avoir suivi assidûment, à Paris, les cliniques des professeurs Tarnier, Maygrier, Pozzi, Fournier et Guyon, et les consultations des docteurs Tenneson, Du Castel, Brocq, Quinquaud et Horteloup, il a été nommé professeur agrégé de dermatologie et syphiligraphie à l'Université d'Athènes.

Tous ces titres et l'excellence de ces travaux doivent faire ouvrir toutes grandes les portes de notre Société au Dr Filarétopoulo, et c'est pourquoi je vous propose de décerner à notre distingué confrère le titre de membre correspondant étranger.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées : le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. Grasset lit la communication suivante :

La question de la tuberculose au point de vue social.

Par le Dr Hector Grasset.

Une des conditions du progrès humain est de ramener constamment, à l'ordre du jour, les questions qui semblent être les mieux résolues, et c'est dans l'Art Médical que cette nécessité s'est fait le plus sentir ; c'est pourquoi, dans la dernière séance, j'ai agité des questions qui nous ont ramené à l'étude de celle de la tuberculose. En médecine, chaque époque est trop exclusive, elle base ses théories éphémères sur la généralisation à outrance d'un fait particulier, vrai en lui-même, mais ne s'appliquant qu'à des cas très particuliers. Il en a été ainsi de la doctrine microbienne, qui, nous montrant un des modes de transport et ce n'est pas l'unique, certainement de toutes les maladies contagieuses, ou réputées ainsi à des degrés divers, a fait de la contagion un principe absolu, qui a été le point de départ de bien des erreurs, et l'édification de lois vexatoires et inefficaces. La question de terrain, qui, je l'ai toujours répété, prime tout, a bien enrayé quelque peu le mouvement, malgré les audaces des énergumènes ; depuis, les idées ont encore progressé, comme je l'ai montré dans mon livre du Transformisme médical ; Charrin arrive à se demander si le microbe ne serait qu'un simple support accidentel ; Gautier prétend que les maladies contagieuses peuvent avoir un mode de contage non figuré ; bref, dans peu de temps, on reviendra aux idées anciennes, que le point de départ de la malignité s'engendre dans l'individu malade. Pour en revenir à la tuberculose, Pidoux a donné la vraie formule : la tuberculose est la suite fatale d'une misère physiologique.

C'est, comme dans toutes les questions médicales, en interrogeant les enseignements de nos ancêtres que nous pouvons replacer la question sur un terrain neutre, afin d'en faire ressortir la vérité, au nom de la clinique. Cette interrogation, je l'ai faite pour les contagions et épidémies en général, et j'en publierai les résultats quelque jour ; je l'ai faite ensuite particulièrement au point de vue spécial de la tuberculose, et je vais vous communiquer les impressions résultant de cet énorme travail, corroborées par mes observations personnelles et les conversations que j'ai eues avec de vieux praticiens.

Tout d'abord, la tuberculose est-elle contagieuse ? Je répondrai oui, mais dans des conditions particulières seulement, et à un degré bien moindre qu'on ne l'enseigne aujourd'hui. Ensuite, la tuberculose est-elle toujours produite par le bacille de Koch ? Je répondrai non, et je vais prouver mon assertion. Je vous ai déjà dit, en 1897, que le bacille de Koch n'est pas l'unité morphologique qu'on nous avait annoncée au début ; nous pouvons le voir évoluer, dans les tissus et cultures, depuis la forme microcoecus jusqu'au mycélium ramifié semblable aux modes de développement de l'actinomycose, et la condition de sa présence par une réaction colorante spéciale n'est que passagère, elle peut être reculée demain par une autre technique nous montrant une forme anormale ou toute différente et plus fréquente, se rattachant ou non à d'autres types connus. De plus, de nombreux tissus pathologiques, où jamais l'on n'a pu découvrir de bacilles tuberculeux, reproduisent par inoculation la tuberculose expérimentale chez les animaux ; on a conclu de là que les lésions étaient tuberculeuses, on peut aussi logiquement déduire qu'il y a là une mode particulier de développement sans bacille, par des produits figurés ou non, différends du bacille, et que dans les cas où se trouve le bacille, celui-ci n'est qu'un support, un véhicule du produit morbigène et non un générateur direct. Nous voyons ainsi que, sur le terrain neutre, l'expérimentation ne nous permet pas de trancher la question.

Je laisse de coté un argument qui demanderait à être développé longuement, et qui consiste à mettre en relief toute la différence qui existe entre une inoculation et une contagion, celle qui résulte des maladies expérimentales et de celles dites spontanées : je n'ai pas besoin de cet appui.

D'après les idées classiques, le bacille tuberculeux

est un être *spécial*, naturel, qui, tombant sur un bon terrain, chez un individu malade ou prédisposé, développe la maladie spécifique appelée tuberculose. Or, jamais on n'a trouvé le microbe de Koch autre part que dans des produits pathologiques tuberculeux ou dans les endroits où avaient été déposés ces détritus morbides; de plus, il est avéré que ces bacilles sont rapidement détruits par les agents atmosphériques, et surtout le soleil : donc, il y a une relation directe entre l'individu malade et le microbe, relation absolue, qui nous permet de conclure également que le bacille est fabriqué par l'organisme malade et non qu'il l'engendre, sinon on tourne dans un cercle vicieux. Bien mieux, on peut devenir tuberculeux sans bacille de Koch, et la démonstration expérimentale est fréquente, même en dehors des cas de tissus pathologiques énoncés plus haut qu'on admet comme preuve indirecte ; souvent, dans les laboratoires, des expérimentations banales développent la tuberculose, et de là on conclut trop fréquemment, à la légère, à la nature morbide ou à la contamination. Il suffit, en outre, de mettre des lapins dans des lieux obscurs, humides, étroits, pour les rendre tuberculeux spontanément, et les ramener à la santé par les conditions normales ; de plus (chose à retenir pour tout à l'heure), la tuberculisation est d'autant plus rapide que l'air est confiné et ruminé. J'ajouterai qu'au commencement du siècle, *Dumas* était arrivé à rendre des chiens tuberculeux, en vingt-cinq jours, par des inhalations répétées de gaz oxygène pur (gaz antimicrobien par excellence), et que cette tuberculisation, plus rapide que celle due à une inoculation, produisait des lésions ressemblant plutôt (d'après les descriptions que j'ai lues) à la phtisie galopante de l'homme qu'à une tuberculose expérimentale. *Beddecs*, à la fin du XVIII[e] siècle, avait observé les mêmes résultats, avec des gaz divers, dans des essais de thérapeutique inhalatoire gazeuse.

L'observation clinique nous montre que, dans bien des cas, il faut torturer horriblement les faits pour trouver un mode de contage. Que dire de ces cas de méningite tuberculeuse se déclarant chez des enfants issus de parents sains, à l'abri de tout contage, élevés au sein, dans des conditions hygiéniques très satisfaisantes ? Où trouver l'origine du microbe générateur ? Et ces faits de tuberculose osseuse ou articulaire, où l'on prétend que le bacille se promène dans le sang, attendant un point faible, un traumatisme, pour se localiser, alors qu'il est avéré que le microbe de Koch se trouve rarement dans le sang, même dans les cas de tuberculose avancée ; le bacille n'a été rencontré que deux ou trois fois, d'une façon certaine, dans le sang d'individus atteints de granulie suraiguë. Et les cas où, le sang de fœtus mort-nés, issus de mères tuberculeuses, reproduit la tuberculose expérimentale, alors qu'on ne rencontre au microscope aucune lésion tuberculeuse des tissus ? Pour les expliquer, on a eu recours à des hypothèses douteuses qui n'ont aucune force de loi. Je conclurai donc : on peut devenir tuberculeux sans bacille tuberculeux contaminant.

Passons à la contre-partie. Peut-on toujours devenir tuberculeux par le contact du bacille de Koch ? Tous, vous répondrez : non, il y a la question terrain. Je dirai, c'est là tout le problème, c'est à celui-là que la clinique doit s'attacher.

L'histoire nous enseigne que, jusqu'au XV[e] siècle, l'idée de contagion était bien connue des anciens, mais considérée comme secondaire, et cela même pour les affections très contagieuses. Pour la phtisie pulmonaire, Hippocrate n'en parle pas, quoique dans ses épidémies il semble indiquer une épidémie de phtisie ; Galien en parle vaguement, Rhazès la met au rang de la gale et des maladies cutanées. Cependant, à la fin du XIV[e] siècle, Bernard de Gordon la proclame contagieuse. La tuberculose pulmonaire était très bien décrite et connue des anciens. Fracastor est le grand contagioniste par excellence, contagioniste outré ; il a été avéré depuis que c'était une thèse provoquée par des questions d'ordre spécial de la part du pape. Depuis, aux XVI[e], XVII[e] siècles, l'idée de contagion de la phtisie a un certain nombre de partisans, parmi lesquels Rivière, Foubert, Morton, etc. ; au XVIII[e] siècle le nombre des contagionistes diminue de plus en plus, jusqu'au milieu du XIX[e] siècle; nous pouvons citer parmi eux : Morgagni, Hoffmann, Van Swieten, Baumes, etc. Mais cette idée de contagion n'était pas absolue, elle n'était qu'accessoire. L'Angleterre donnait peu d'adhérents à l'idée, l'Italie en fournissait un grand nombre, et il y avait des lois prophylactiques rigoureuses en ce pays. Des nombreux documents que j'ai lus, il ressort que la phtisie est plus rare, se guérit plus facilement, mais est assez contagieuse dans les pays méridionaux, tandis que dans le Nord c'est le contraire. Contagion plus forte et maladie plus rare, voilà des conclusions qui doivent nous rendre perplexes et prudents dans nos développements. De plus, les lieux sombres, humides, froids, étroits, mal aérés, semblent donner une activité plus grande au contage.

Si dans toutes les observations cliniques qui ont été rapportées, nous tenons un compte rigoureux des mauvaises conditions hygiéniques, du peu de confortable alimentaire, du faible cubage de l'air et de la lumière, de la malpropreté, de la misère morale et physiologique, nous pouvons presque toujours mettre l'individu dans les conditions où il ferait de la tuberculose spontanée sans bacille. Le bacille n'agit que comme un cristal dans une solution sursaturée, il accélère le développement, il donne le branle initial, mais il n'engendre pas.

Les femmes qui sortent peu, font des tuberculoses à marche lente, débutant souvent par des troubles digestifs ; leurs conjoints, dont la cohabitation est par suite longue, s'ils travaillent au grand air, peu soucieux de leur intérieur, deviennent rarement tuberculeux. Au contraire l'homme fait le plus souvent des tuberculoses plus rapides parce qu'accidentelles, plus aiguës ; malgré le peu de temps, la misère pécuniaire, morale et physiologique, s'installe chez la femme, qui de plus située dans un milieu malsain, peu aéré, avec une propreté douteuse, dans une promiscuité intime, contracte plus souvent la tuberculose. Il s'en faut de beaucoup que la contagion familiale (où les meilleures conditions sont réunies) soit si fréquente. J'ai même vu un tuberculeux chronique faire un enfant à sa femme, huit jours avant sa mort, après avoir toujours exigé son contact immédiat ; la femme n'est pas devenue tuberculeuse et l'enfant est superbe.

Les cas d'employés de bureau soi-disant contaminés, sont exagérés ; ces individus sont enfermés dans des lieux mal éclairés, étroits, poussiéreux ; ils mènent la vie la plus sédentaire et la plus abrutissante, quittant souvent le bureau pour le café, mangeant plus ou moins bien, leur rétribution minime ne leur permettant d'élever leur famille qu'à grand'peine ; ils se trouvent donc dans de mauvaises conditions.

Je me demande comment des médecins des hôpitaux

ont osé mettre en avant la question de contagion des infirmiers dans les hôpitaux. Tout le monde sait que la plupart sont d'anciens malades, alcooliques, adonnés à tous les vices, et dont le genre de vie, l'entassement dans des dortoirs exigus, abrègent promptement l'existence. Que dire aussi des gardiens de la paix, brutes alcooliques, passant de l'atmosphère enfumée du poste aux intempéries de la rue, mal rétribués et par suite mal nourris ?

On pourrait passer ainsi tout en revue, et l'on verrait que si l'on veut faire une prophylaxie raisonnable, c'est à ces causes qu'il faut s'adresser, et non aux bacilles, qu'une propreté sérieuse éloigne, et que les éléments atmosphériques détruisent.

Empêcher les gens de cracher, c'est impraticable ; les faire cracher dans des crachoirs de poche portatifs, c'est presqu'aussi sale que dans leurs mouchoirs, c'est les vouer à la rigueur des voisins, c'est les mettre hors la loi, d'autant que quiconque a vu ces bouteilles portatives entre les mains des tuberculeux a pu s'assurer qu'ils en mettaient autant sur les bords que dedans. Comment un individu est-il contagieux ? Par les crachats desséchés ou les parcelles liquides ? La question a besoin d'être reprise. Les crachats desséchés, au soleil, à l'air sont rapidement inoffensifs. Les particules liquides expulsées par la toux, on s'en met facilement à l'abri, et le tousseur qui porte son mouchoir devant sa bouche nous en gare. Si vous voulez savoir jusqu'où va l'imbécillité de certains contagionistes sectaires, je vous dirai que l'allemand Kôniger, a trouvé la formule $x = \pi \sqrt{\frac{p}{g}}\, x$ indiquant la distance à laquelle un parleur lance ses bacilles, p le poids du tousseur et g l'accélération de la pesanteur à l'endroit indiqué ; il a trouvé ainsi qu'un tousseur de poids moyen disperse paraboliquement ses bacilles autour de lui, à une distance comprise entre 6 et 7 mètres. Après celle-là, on peut tirer l'échelle.

Au lieu de s'arrêter aux moyens draconiens, vexatoires, inutiles, on réalisera la prophylaxie avec les prescriptions suivantes : Eviter la promiscuité du lit et des objets se portant à la bouche, réaliser la propreté rigoureuse. Mais, c'est quand les gouvernements feront raser les maisons sales, étroites et malsaines, quand ils fourniront la nourriture suffisante et le logement vaste et aéré, quand ils ne laisseront pas accabler les ouvriers par un travail disproportionné, quand ils réprimeront l'alcoolisme, en un mot, quand ils feront de l'hygiène naturelle et sociale, que la meilleure prophylaxie de la tuberculose sera réalisée.

Il y a une autre question, dans la contagion de la tuberculose, et surtout dans la propagation de cette idée qu'elle est inévitable presque, et que tout tuberculeux est dangereux. C'est une question morale entre toutes, car il s'agit de la mise en dehors de la Société, des pauvres malades. Les notions microbiennes, en exagérant la facilité du contage, ont développé l'égoïsme personnel, facilité la dislocation familiale ; tout le monde a peur du microbe, craint de l'attraper, et par suite s'éloigne du patient. Le médecin qui ne combat pas les déductions outrées de ces théories abandonne son role, qui est celui de guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours ; le praticien doit propager ces notions que, si la tuberculose est contagieuse, elle ne l'est que dans des conditions très spéciales, et que pour se garer d'elle, il suffit d'une grande propreté et de la mise en action de l'hygiène générale.

C'est sur cette question que je voudrais voir arriver la discussion, me réservant, pour la prochaine fois, l'occasion de développer la question de tuberculose dans l'armée et d'aborder celle des sanatoriums.

La discussion, sur cette question importante, sera reprise dans la prochaine séance.

M. Picqué fait une communication intitulée : **A propos de l'opothérapie ovarienne.** (*Sera publiée dans l'un des prochains numéros.*)

M. Coudray est de l'avis de M. Picqué. Il a observé une femme jeune chez qui fut pratiquée l'hystérectomie : elle présenta des phénomènes nerveux, hystériques et une adipose qui n'a persisté que deux ou trois ans ; les phénomènes nerveux durèrent pendant cinq ou six ans. Il n'y avait cependant pas eu d'ablation d'ovaires, ce qui est la confirmation de ce que vient de dire M. Picqué.

M. Grasset. — Je partage également l'opinion de M. Picqué : chaque fois qu'on touche au péritoine, il semble se produire des faits analogues. Le traitement organothérapique est généralement mal fait; les préparations varient à l'infini, mais elles sont le plus souvent mal exécutées. Tous les traitements faits par la voie cutanée n'ont qu'une action restreinte. Ce sont, sans doute, les ferments solubles qui agissent : ils sont très délicats à manier et ne doivent pas subir l'action d'agents physiques ou chimiques ; seule, l'action mécanique, sur des organes frais, peut faire obtenir de bons résultats. Avec la bougie filtrante, il ne passe que des extraits résiduels, alcaloïdes, qui n'ont que peu d'action, mais les ferments solubles ne passent pas.

Pour avoir la valeur de l'action des extraits d'ovaires, il faudrait les employer longtemps, en allant progressivement jusqu'aux limites de la tolérance. Il faudrait trouver, dans le tissu cellulaire, les zymoses vivantes des tissus animaux, triturer les organes purs avec du sable, faire agir la presse hydraulique et les conserver dans des liquides spéciaux.

La discussion sur cette intéressante question sera continuée dans la prochaine séance.

La séance est levée à 6 heures.

L'un des Secrétaires annuels,
H. Monel.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement médicamenteux des bronchites chroniques et de la tuberculose par l'Hélénine créosotée.

Les propriétés de l'hélénine sont bien connues de nos lecteurs, et nous ne rappellerons sa bienfaisante action dans les bronchites chroniques et la tuberculose que pour insister sur son association à la créosote, qui augmente l'action réciproque de ces deux principes médicamenteux. Le Dr de Korab, après une longue expérimentation, a pu établir la puissance thérapeutique de l'hélénine créosotée. Les globules d'*hélénine créosotée de Korab* à la dose de 2, 3 ou 4 par jour sont acceptés sans dégoût et sans répugnance par les malades ; la créosote est mieux tolérée par l'estomac, grâce à l'action calmante de l'hélénine sur les muqueuses. L'absorption du médicament est fort rapide comme en font foi les exhalations créosotées jointes au parfum de l'hélénine dix minutes après l'administration des globules. En un mot, l'*hélénine créosotée de Korab* doit tenir une place de choix dans la liste trop courte des médicaments efficaces des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire.

L'Anti-Alcoolisme dans l'Armée. — Au 70e de ligne, à Vitré, le colonel a organisé un « concours de sobriété » entre les compagnies de son régiment. Le concours est trimestriel ; il a pour but de classer les compagnies suivant le nombre décroissant des punitions pour ivresse. La compagnie reconnue la plus sobre, et ayant par conséquent réalisé le maximum d'effort dans le sens de la sobriété, disposera d'un certain nombre de jours de permission à répartir parmi les soldats. (*Le Progrès de l'Eure.*)

VARIA

Faculté de Médecine de Paris

2e semestre de l'année scolaire 1900-1901.

Les cours du semestre d'été auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 1er mars 1901.

I. *Cours.* — *Chimie biologique* : M. Gautier. Alimentation. Digestion. Assimilation. Respiration. Excrétion. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. (Amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté.) — *Opérations et appareils* : M. Berger. Chirurgie orthopédique. Mardi, jeudi, samedi, à 3 h. (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique) — *Pathologie interne* : M. Brissaud. Séméiologie des maladies gastro-intestinales. Mardi, jeudi, samedi, à 3 h. (Grand Amphithéâtre de la Faculté.) — *Pathologie et thérapeutique générales* : M. Bouchard (M. Achard, agrégé, chargé de cours). Les nouvelles méthodes d'exploration. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. (Petit Amphithéâtre de la Faculté.) — *Histoire naturelle médicale* : M R. Blanchard. Etude des animaux venimeux; action des venins sur l'organisme. La plupart des leçons seront faites au laboratoire et seront accompagnées de démonstrations. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. (Amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté.) — *Hygiène* : M. Proust. Du rôle de l'air, des eaux et du sol dans l'étiologie et la prophylaxie des maladies. La variole. La variolisation. La vaccine. De la nécessité de l'obligation des vaccinations et revaccinations. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. (Grand Amphithéâtre de la Faculté.) — *Médecine légale* : M. Brouardel. Les empoisonnements. Lundi, vendredi, à 4 h. (Grand Amphithéâtre de la Faculté.) — *Conférences de médecine légale* : M. Brouardel. Conférences de médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. (à la Morgue). — *Histoire de la médecine et de la chirurgie* (Fondat. Salmon de Champotran) : M. N.

II. *Cliniques* (visites des malades tous les matins) — *Cliniques médicales* : M. Jaccoud. Mardi, samedi, à 10 h. (à la Pitié). M. Hayem. Mardi, samedi, à 10 h. (à l'hôpital Saint-Antoine). M. Dieulafoy. Mercredi, samedi, à 10 h. 1/2 (à lHôtel-Dieu). M. Debove. — *Cliniques chirurgicales* : M. Duplay (M. Legueu, agrégé, chargé de cours). Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôtel-Dieu). M. Le Dentu. Mardi. vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'hôpital Necker). M. Tillaux. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. (à la Charité). M. Terrier. Mardi. vendredi, 9 h. 1/2 (à la Pitié). — *Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale* : M. Joffroy. Lundi, vendredi, à 3 h. 1/2 (à l'asile Sainte-Anne). — *Clinique des maladies des enfants* : M. Grancher. Mercredi, samedi, à 4 h. (à l'hôpital des Enfants-Malades). — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Fournier. Mardi, vendredi, à 10 h. (à l'hôpital Saint-Louis. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. Raymond. Mardi, vendredi, à 10 h. (à la Salpêtrière). — *Clinique ophtalmologique* : M. Panas. Lundi, vendredi, à 9 h (à l'Hotel-Dieu). — *Clinique des maladies des voies urinaires* : M. Guyon. Mercredi, samedi, à 9 h. (à l'hôpital Necker). — *Cliniques d'accouchements* : M. Pinard. Lundi, vendredi, à 10 h. (à la clinique d'accouchements, clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal). M. Budin. Mardi, samedi, à 9 h. (à la clinique d'accouchements, clinique Tarnier, rue d'Assas).

III. — *Cours complémentaires.* — *Pathologie externe* : M. Faure, agrégé. 1° Maladies chirurgicales communes à tous les tissus; 2° maladies propres à chaque tissu. Mardi, jeudi, samedi, à 6 h. (Petit Amphithéâtre de la Faculté). — *Accouchements* : M. Varnier, agrégé Opérations et dystocie. Mardi, jeudi, samedi, à 6 h. (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

IV. *Conférences.* — *Physique biologique* : M. Broca (André), agrégé. Applications médicales de l'induction. Radiographie. Acoustique et optique physiologiques. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. (Amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté.) — *Anatomie* : M. Thiéry, agrégé. Anatomie topographique et médico-chirurgicale de la tête, du cou et du membre superieur. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Histologie* : M. Launois, agrégé. La cellule. Les éléments anatomiques. Les tissus. Leur étude histologique et physiologique. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — *Physiologie* : M. Langlois, agrégé. Système nerveux. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. (Petit Amphithéâtre de la Faculté). — *Médecine opératoire* : M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine. Thérapeutique et médecine de l'appareil génito-urinaire de l'homme. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique. — *Pathologie interne* : M. Charrin, agrégé. Intoxications et auto-intoxications. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. (Petit Amphithéâtre de la Faculté). — *Pathologie externe* : M. Broca (A), agrégé. Maladies chirurgicales de la tête, du cou; maladies des organes génito-urinaires. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. (Grand Amphithéâtre de la Faculté). — *Thérapeutique* : M. Vaquez, agrégé. Thérapeutique élémentaire. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. (Petit Amphithéâtre de la Faculté). — *Maladies de la peau* : M. Gaucher, agrégé. Dermatoses diathésiques. Dimanche, à 10 h. 1/2. (Hôpital Saint-Louis).

V. *Travaux pratiques.* — *Physique biologique* : M. Weiss, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques de physique biologique. Lundi, mercredi, vendredi, de 1 h. à 3 h. (à l'Ecole pratique). — *Histologie* : M. Retterer, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques d'histologie. 1re année: Lundi, mercredi, de 1 h. à 3 h h. (à l'Ecole pratique). 2e année : Jeudi, samedi, de 1 h. a 3 h. (à l'Ecole pratique). — *Physiologie* : M. Laborde chef des travaux. Démonstrations de physiologie expérimentale. 1re année : Lundi, mercredi, vendredi, de 1 h. à 2 h. et de 2 h. 1/4 à 3 h. 1/4 (à l'Ecole pratique). 2e année : Lundi. mercredi, vendredi, de 3 h. à 4 h. (à l'Ecole pratique). — *Chimie pathologique* : M. Hanriot, agrégé, chef des travaux. Travaux de chimie pathologique. Mardi, jeudi. samedi, de 1 h. à 3 h. (à l'Ecole pratique). — *Médecine opératoire* : M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des exercices pratiques de médecine opératoire. Exercices de médecine opératoire. Tous les jours, de 1 h. à 4 h. (à l'Ecole pratique). — *Anatomie pathologique* : M. Brault, chef des travaux. Travaux pratiques d'anatomie pathologique. Tous les jours, de 1 h. à 3 h. (à l'Ecole pratique).

VI. *Division des études.* — *Nouveau régime* (décret du 31 juillet 1893. 1re ANNÉE : Anatomie, histologie, physiologie, physique biologique, chimie biologique, travaux pratiques obligatoires : physique, histologie, physiologie.

2e ANNÉE : Histologie, physiologie, physique biologique, chimie biologique, pathologie interne et externe, cliniques médicale et chirurgicale, travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, physique biologique, histologie, physiologie.

3e ANNÉE : Médecine opératoire, pathologie interne, parasitologie, pathologie externe, pathologie expérimentale et comparée, obstétrique, anatomie pathologique, pathologie générale, cliniques médicale et chirurgicale, travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, médecine opératoire, anatomie pathologique, chimie pathologique.

4e ANNÉE : Thérapeutique, hygiène, médecine légale, pharmacologie, matière médicale, cliniques médicale, chirurgale spéciales et obstétricale, histoire de la médecine et de la chirurgie, travaux pratiques obligatoires : stage spécial, stage obstétrical, travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière medicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie, etc., etc.

5e ANNÉE : Travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie, etc., etc.

Le Musée Orfila et le Musée Dupuytren sont ouverts aux élèves tous les jours, de midi à 5 heures.

La Bibliothèque est ouverte tous les jours, de 11 heures du matin à 5 heures de l'après-midi. et tous les soirs, de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2.

Faculté des Sciences

Année Scolaire 1900-1901, second semestre

Ouverture des Cours à la Sorbonne le vendredi 1er mars 1901

COURS. — *Physique.* Les mardis et samedis, à 2 heures, M. Lipmann, Professeur, ouvrira ce cours le samedi 2 mars. Il traitera du Magnétisme et de l'Electricité. — *Physique.* Fondation de l'Université de Paris. Les jeudis, à 4 heures. M. Pellat, Professeur, continuera ce cours le jeudi 7 mars. Il traitera de la Polarisation de la lumière et de l'Optique cristalline. — *Chimie.* Les samedis à 10 h. 1/2. M. H. Moissan, Professeur, traitera, à partir du samedi 20 avril. des réactions produites à la haute température du Four électrique. — *Chimie Organique.* Les mercredis et vendredis, à 10 h 1/2. M. Haller, Professeur, ouvrira ce cours le vendredi 1er mars. Il traitera principalement des composés de la Série aromatique. — *Zoölogie, Anatomie et Physiologie comparées.* Les mardis et samedis, à 3 h. 1/2. M. H. de Lacaze-Duthiers, Professeur, ouvrira ce cours le samedi 2 mars. Il traitera des Organes et Fonctions de la Relation dans les principaux groupes du règne animal et surtout chez les Vertébrés dans ce qu'ils présentent de plus important. Les manipulations auront lieu les jeudis, de 12 h. 1/2 à 3 heures, dans le laboratoire, sur les sujets relatifs au cours et aux examens du certificat d'études supérieures de *Zoologie.* — *Physiologie.* Les lundis, à 5 heures, et les mercredis à 10 h. 1/4. M. Dastre, Professeur, ouvrira ce cours le lundi 4 mars. Il traitera des Fonctions de la Nutrition.

Cours annexes. — *Chimie analytique.* Les mercredis, à 4 heures. M. Riban, professeur adjoint, chargé du cours, continuera ce cours le mercredi 6 mars. Il fera l'étude du dosage et de la séparation des acides. Il traitera de l'analyse organique. — *Chimie physique.* Les mercredis et vendredis, à 5 heures 1/2. M. Jean Perrin, chargé du cours, continuera ce

cours le vendredi 1er mars. Il exposera les lois de la statique chimique, les propriétés des solutions étendues et l'électrochimie. — *Embryologie générale*. Les lundis et jeudis, à 10 h. 1/2. M. Le Dantec, chargé du cours, continuera ce cours le lundi 15 avril. Il traitera de la vie cellulaire et de la formation des espèces. — *Chimie appliquée. Fondation de l'Université de Paris*. Les lundis et jeudis, à 11 heures. M. C. Chabrié, chargé du cours, continuera ce cours le lundi 4 mars. Après avoir terminé l'exposé des questions du premier semestre, il traitera des combustibles et de l'utilisation des graisses.

Enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. — *Physique*. — 1re *Section*. M. Paul Janet, professeur adjoint, continuera ce cours le vendredi 1er mars. Il traitera les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures : Electricité et Magnétisme. Physique moleculaire. 2e *Section*. M. Pierre Curie, chargé du cours, continuera ce cours le samedi 2 mars. Il traitera les mardis, jeudis, samedis, à 9 heures : Optique et Electricité. M. Krouchkoll, chef des Travaux pratiques, dirigera les manipulations de Physique les lundis, mardis, vendredis et samedis, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — *Chimie*. 1re *Section* M. Joannis, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, chargé du cours, continuera ce cours le samedi 2 mars. Il traitera les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures : Métaux, chimie organique, chimie analytique 2e *Section*. M. Péchard, chargé du cours, continuera ce cours le vendredi 1er mars. Il traitera les lundis, mercredis, vendredis, à 9 heures: Métaux, Chimie analytique, Chimie organique. M. Etaix, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de Chimie les Mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — *Zoologie*. M. Rémy Perrier, chargé du cours, continuera ce cours le mercredi 6 mars. Il fera l'étude des Artiozonaires non vertébrés. 1re *section*. Les mercredis, à 10 h. 1/2. 2e *Section*. Les jeudis à 10 h. 1/2. M. Fischer, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de Zoologie les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — *Botanique*. M Daguillon, chargé du cours, continuera ce cours le vendredi 1er mars Il traitera de la Morphologie et de la classification des plantes vasculaires, puis de la Physiologie végétale. 1re *section*. Les lundis et vendredis, à 10 h. 1/2. 2e *Section*. Les mardis et samedis, à 10 h. 1/2. M. Chauveaud, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de Botanique les mercredis, jeudis, vendredis et samedis de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2.

L'asphyxie de neuf vieillards à Noisy-le-Sec.

Sept vieillards ont été trouvés, ce matin, morts et deux dans un état alarmant, à l'hospice de Saint-Antoine-de-Padoue, situé sur le territoire de la commune de Noisy-le-Sec. Cet hospice, tenu par les sœurs de Notre-Dame des Sept-Douleurs, dont la maison-mère est à Amiens, est placé sur le flanc d'un coteau, dans une exposition au nord-ouest, à dix minutes du village de Noisy-le-Sec.

Voici dans quelles circonstances ce terrible accident s'est produit : Le 25 février, au matin, à sept heures et demie, un pensionnaire nommé Lorrain a voulu pénétrer dans le dortoir où se trouvaient neuf vieillards. A peine eut-il ouvert la porte qu'il manqua de tomber à la renverse, pris à la gorge par une fumée épaisse. Il cria, en pénétrant dans la pièce à grand'peine : — Vous ne vous levez donc pas, aujourd'hui? Et il courut à une fenêtre. Après que la fumée se fut dissipée, il aperçut, dans leur lit, ses camarades immobiles. Lorrain se précipita vers l'un d'eux, nommé Dété : celui-ci rendit au même instant le dernier soupir dans ses bras. Le pensionnaire, affolé, courut alors chez la supérieure, sœur Marie de la Sainte-Lance, qui organisa aussitôt les premiers secours. Le Dr Laurent, de Noisy-le-Sec, arriva bientôt et reconnut que sept des vieillards étaient déjà morts ; il constata qu'ils avaient succombé à une intoxication du sang causée par l'oxyde de carbone.

Les deux survivants, MM. Boudinot, frère du curé de Saint-Ambroise, et Espaullard, furent aussitôt soumis à un traitement énergique. Malgré ces soins, leur état semble désespéré.

M. Clément, commissaire de police des Lilas, ayant prévenu la préfecture de police, M. Laurent, secrétaire général, et le chef adjoint du laboratoire municipal se sont rendus à l'hospice Saint-Antoine-de-Padoue. L'enquête a aussitôt commencé. Le dortoir où se trouvaient ces vieillards est une vaste pièce mansardée, occupant une aile du bâtiment et mesurant 25 mètres de longueur, 6 mètres 50 de largeur et 3 mètres de hauteur. La pièce est très propre ; les murs en sont peints et vernis. Un poêle est installé au milieu et ses tuyaux traversent le dortoir dans toute sa longueur.

D'après les explications de la supérieure, les vieillards ont dû mélanger du charbon de terre au coke, et ils ont bourré le poêle tant qu'ils ont pu. Ils auront sans doute mal refermé la porte et ils ont été empoisonnés par les émanations.

M. Laurent a remarqué que le tuyau est très petit pour le volume du poêle. Le chef-adjoint du laboratoire ayant frappé sur le tuyau avec sa canne, a semblé reconnaître qu'il était engorgé. L'enquête devra, selon lui, éclaircir d'abord ce point. La supérieure se rappelle, cependant, que le poêle a été nettoyé il y a quelques semaines. M. Laurent a constaté, au cours de sa visite dans l'établissement, que dans un autre dortoir le poêle semblait installé de façon identique, et il a fait placer aussitôt des gardiens de la paix près des deux poêles. (D'après *Le Temps* du 25 février 1901.)

Hommage à M. le Pr Marey.

A l'issue du banquet offert récemment à M. le Pr Marey par la Conférence *Scientia*, ses confrères, ses amis, ses élèves ont eu l'idée de lui offrir une médaille et ont constitué un Comité chargé de réaliser ce désir si chaudement accueilli de tous. On est prié de se joindre au Comité pour donner à ce Maître éminent un témoignage d'estime, de reconnaissance et de profond attachement. Chaque souscripteur dont la cotisation aura atteint 25 francs recevra un exemplaire de la plaquette. La souscription sera close le 31 mars 1901.

Les membres du Comité sont : MM. d'Arsonval, du Collège de France; Brouardel, de la Faculté de Médecine; Chauveau, de l'Académie des sciences; François-Franck, du Collège de France; Hallion, de la Société de Biologie; Labbé, de l'Académie de Médecine; H. de Parville, président de la Conférence *Scientia*; Angelo Mosso, président du Congrès international des Physiologistes.

Les souscriptions seront reçues par M. P. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 4. — *Médecine opératoire* N. R. : MM. Delens, Poirier, Mauclaire. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R : MM. Broca (Aug.), Segond, Lepage. — 5e *de Doctorat* (1re *série*) (1re *partie*). Chirurgie : MM. Tillaux, Reclus, Walther. — (2e *série*) (1re *partie*). Chirurgie : MM. Terrier, Reynier, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Tessier, Méry.

Mardi 5. — *Médecine opératoire* N. R. : MM. Campenon, Albarran, Thiéry. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*) Oral. A. R. : MM. Richelot, Bonnaire, Faure. — (2e *partie*) A. R. : MM. Joffroy, Achard, Roger. — 4e *de Doctorat* N. R. : MM. Proust, Vaquez, Desgrez. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Schwartz, Quenu. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Raymond, Thiroloix, Dupré. — (2e *série*) : MM. Hallopeau, Troisier, Letulle.

Mercredi 6. — *Médecine opératoire*. A. R. : MM. Broca (Aug.), Walther, Reynier. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). N. R. : MM. Pinard, Poirier, Mauclaire. — Oral. N. R.: MM. Delens, Varnier, Sebileau.

Jeudi 7. — *Médecine opératoire* N. R. : MM. Le Dentu, Poirier, Faure. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*) Oral. N. R. : MM. Guyon, Thiéry, Wallich. — A. R. : MM. Schwartz, Maygrier, Albarran. — (2e *partie*). Oral. N. R. : MM. Chauffard, Charrin, Thiroloix.

Vendredi 8. — *Médecine opératoire* N. R. : MM. Segond, Reclus, Sébileau. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Gley, Retterer, Desgrez. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Tillaux, Reynier, Legueu. — (2e *partie*). : MM Hayem, Widal, Méry. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

Samedi 9. — *Médecine opératoire* A. R. : MM. Schwartz, Thiéry. Albarran. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R : MM. Blanchard, Letulle, Roger. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Pouchet, Thiroloix, Langlois. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie, MM. Le Dentu, Quénu, Richelot. — (2e *partie*). : MM. Debove, Troisier, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique. : MM. Maygrier, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 6 mars. — M. Pedeprade. L'analgésie par cocainisation lombaire sous-arachnoïdienne en chirurgie. — M. Cherut. Contribution à l'étude de la hernie ombilicale étranglée. — M. Tournemelle. Des éventrations post-opératoires. Causes et traitement. — M. Perros. De la suture de la vessie et du traitement de la plaie après la taille hypogastrique. — M. Zimmer. Hémorragies utérines. Indications et contre-indications de leur traitement par l'électricité. Action excito-motrice de l'électricité sur l'utérus. — M. Auvray. Etude de quelques variations du volume du foie. Leur valeur séméiologique. — M. Guillot. Traite-

ment chirurgical du cancer du pylore. — M. Vareillaud. De l'ictère acholurique hémorragipare et des hémorragies au cours de l'ictère acholurique.

JEUDI 7. — M. Salvant. Traitement pathogénique du délirium tremens fébrile (délire alcoolique toxi-infectieux) par la balnéation froide. — M. Benoist de la Grandière. Contribution à l'étude des varices de l'estomac. — M. Bayet. Appendicite et fièvre typhoïde. Etude clinique et diagnostic différentiel. — M. Aguesi. Contribution à l'étude des luxations récidivantes de la rotule. — M. Audy. Des accidents d'éruption des dents permanentes, autres que les dents de sagesse. — M. de Font-Réaulx. De la conduite à tenir dans les plaies thoraco-abdominales (voie transpleurale).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 17 fév. au samedi 23 fév. 1901, les naissances ont été au nombre de 1.322 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 501, illégitimes, 180 Total, 681. — *Sexe féminin* : légitimes, 479, illégitimes, 162. Total. 641.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 17 février au samedi 23 février 1901, les décès ont été au nombre de 1248, savoir : 668 hommes et 580 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 3, F. 0, T. 3. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 1, F. 2, T. 3. — Rougeole : M. 3, F. 7, T. 10. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 4, F. 4, T. 8. — Diphtérie et Croup : M. 10, F. 7, T. 17. — Grippe : M. 5, F. 3, T. 8. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0, — Autres maladies épidémiques : M. 7, F, 3, T. 10. — Tuberculose des poumons : M. 159, F. 89, T, 248. — Tuberculose des méninges : M. 8, F. 12, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 8, T. 25. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 22, F. 37, T. 59. — Méningite simple : M. 14, F. 11, T. 25. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 27, F. 15, T. 42. — Maladie organique du cœur : M. 43, F, 47, T. 90. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 6, T. 18. — Bronchite chronique : M. 22, F. 24, T. 46. — Pneumonie : M. 37, F. 27, T. 64. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 73. F. 75. T. 148. — Affection de l'estomac (cancer exc) : M. 7, F. 4, T. 11. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 8, F. 3, T. 11 ; autre alimentation, M. 10, F. 7, T. 17. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 2, F. 0, T. 2. — Hernies, obstruction intestinale : M. 1, F. 3. T. 4. — Cirrhose du foie : M. 9, F. 4, T. 13. — Néphrite et mal de Bright : M. 16, F. 11, T. 27. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 3, T. 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 10, T. 10. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 27, F. 19, T. 46. — Débilité sénile : M. 12, F. 43, T. 55. — Morts violentes : M. 22, F. 11, T. 33. — Suicides : M. 10, F. 3, T. 13. — Autres maladies : M. 76, F. 71, T. 147. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 9, F. 11, T. 20.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 64, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 25, illégitimes, 14. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 17, illégitimes, 8, Total : 25.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Prix décernés pour l'année* 1900. — *Prix Barbier* (2,000 fr.). Le prix est partagé de la façon suivante : 1° 1.000 fr. à M. le Dr Paul Michel (de Paris) ; 2° 700 fr. à M. le Dr Marage (de Paris). Une mention honorable avec la somme de 300 francs est accordée à M. le Dr Hamonic (de Paris). — *Prix Chatauvillard* (2.000 fr.). Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 500 fr. à M. le Dr Le Double (de Tours), pour son ouvrage intitulé : Rabelais anatomiste et physiologiste ; 2° 500 fr. à M. le Dr Milian (de Paris), pour sa thèse sur Les sporozooses humaines ; 3° 500 fr. à M. le Dr E. Legrain (de Bougie), pour son ouvrage ayant pour titre : Introduction à l'étude des fièvres des pays chauds (région prétropicale) ; 4° 500 fr. à M. le Dr E. Lesne (de Paris), pour sa thèse intitulée : Etude de la toxicité de quelques humeurs de l'organisme.

Prix Montyon (700 fr.). — Le prix est décerné à M. le Dr Bacaloglu (de Paris), pour son travail intitulé : Les maladies observées à l'hôpital des Enfants-Malades (pavillon des douteux). — *Prix Jeunesse* (hygiène) (1,500 fr.). — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 1,000 fr. à M. le Dr Gache (de Buenos-Ayres), pour son ouvrage intitulé : Les logements ouvriers à Buénos-Ayres ; 2° 500 fr. à M. le Dr E. Bonjean (de Paris), pour son travail sur L'exploitation des eaux minérales naturelles purgatives au point de vue de l'hygiène. — *Prix Béhier* (1,800 fr.). — Question : Des hémorragies des muqueuses et de la peau dans les maladies du foie. Le prix est partagé de la façon suivante : 1° 1,200 fr. à M. le Dr Nobécourt (de Paris) ; 2° 600 fr. à M. le Dr Milian (de Paris). — *Prix Lacaze* (10,000 fr). — Le prix est décerné à M. le Dr Auclair (de Paris), pour ses recherches sur la tuberculose. — *Prix Saintour* (3,000 fr.). — Question : La moelle osseuse dans les maladies infectieuses. La Faculté a attribué une somme de 2,000 fr. à M. le Dr Josué (de Paris).

THÈSES RÉCOMPENSÉES POUR L'ANNÉE 1900. — *Médailles d'argent*. — MM. Castaigne, Constensoux, Cunéo ; Mlle Gorovitz ; MM. Gosset, Griffon, Ombrédanne ; Mme Phisalix-Picot ; MM. Proust, Sicard, Théohari, Tissier. — *Médailles de bronze*. — MM. Arago, Beauvois, Bernard, Bickert dit Bigart, Bouvet, Cadol, Canuet, Claisse, Clermont, Comte, Desvignes, Dupuy-Dutemps, Grisel, Herbet, Herrenschmidt, Meslay, Pascal, Roux, Vigier. — *Mentions honorables*. — MM. Arloing, Decloux, Druault, Ducatte, Dujarier, Darandeau, Herber, Lacaille, Langlois, Maruitte, Menier, Mignot, E.-J.-Th. Monod, E.-J. Monod ; Mlle Robineau ; MM. Rosenthal, Simon, Vaslet de Fontaubert.



Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 10. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 9 MARS 1901.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

—

A propos de l'opothérapie ovarienne;

Par Lucien Picqué,
Chirurgien des Hôpitaux.

En soulevant à votre tribune la question de l'opothérapie ovarienne, je n'ai nullement la prétention de vous présenter une étude complète du sujet. Mon but est de vous faire part des réflexions que m'a suggérées l'étude d'un certain nombre de malades observés par moi et mon collègue M. Dagonet, à l'Asile clinique et de provoquer à ce propos une discussion qui peut être fructueuse.

Frappés des troubles divers que présente parfois la femme à la suite de l'ablation des ovaires, médecins et chirurgiens ont généralement invoqué comme cause, la suppression de la secrétion ovarienne signalée par les physiologistes et ont, par analogie, assimilé ces troubles à ceux qui suivent l'ablation de la glande thyroïde; de là l'opothérapie. Certes, il ne peut appartenir à un chirurgien d'invoquer un doute sur ce phénomène de la sécrétion affirmé par des physiologistes éminents, ne lui est-il pas permis tout au moins de demander qu'on lui prouve que sa suppression est de nature à amener des troubles dans l'organisme et que les troubles réels observés après l'ablation des ovaires sont bien sous sa dépendance. Tant que cette démonstration restera à faire, l'analogie avec la cachexie ne doit être considérée que comme une ingénieuse hypothèse.

D'ailleurs, la sécrétion suppose l'intégrité anatomique de l'ovaire; or, l'ablation d'ovaires normaux ne se pratique guère qu'exceptionnellement, dans les cas de fibrome utérin par exemple et si tant est que la sécrétion existe normalement, il est bien difficile d'en affirmer l'existence dans les cas ordinaires de la pratique, où l'on porte l'instrument tranchant sur des ovaires et des trompes malades. Voilà le premier point qu'il me paraissait nécessaire de mettre en relief dès le début de cet exposé.

Quant aux troubles mêmes, observés à la suite de l'ablation des ovaires, ils sont de deux ordres. J'ai étudié les premiers à la Société de chirurgie, sous la dénomination de psychoses post-opératoires et montré que contrairement à l'avis de certains auteurs ils n'étaient pas plus fréquents à la suite de l'ablation des ovaires qu'après d'autres opérations portant sur le périnée par exemple, qu'on pouvait même les observer à la suite d'opérations pratiquées en dehors de la sphère génitale et qu'on pouvait les constater aussi chez l'homme.

C'est un gros chapitre enlevé aux partisans de la doctrine de l'insuffisance ovarienne; on ne s'est peut-être pas aperçu suffisamment de cette conséquence de la discussion qui s'est produite sur cette question à la Société de chirurgie et au Congrès d'Angers, et si j'y reviens aujourd'hui, c'est que la plupart des médecins et chirurgiens qui s'étaient occupés de la question considéraient surtout l'ablation des ovaires comme susceptible de provoquer l'apparition de ces troubles. Les médecins aliénistes Rayneau d'Orléans et Truelle, de Paris, l'un dans un consciencieux rapport, l'autre dans une excellente thèse faite sous l'inspiration de Magnan, se sont appliqués à attribuer à leur véritable cause l'apparition des psychoses post-opératoires.

Le groupe restant des troubles attribués à l'insuffisance de la sécrétion ovarienne est en général mal défini par les auteurs qui veulent y trouver la preuve de cette insuffisance et la justification de l'opothérapie. Je tiens tout d'abord à rappeler que, dans une discussion importante du Congrès de chirurgie en 1891 sur les résultats éloignés de la castration, les chirurgiens les plus connus de France et de l'Etranger ont affirmé l'absence de ces troubles et conclu aux résultats excellents obtenus dans ces conditions. Leur autorité est considérable et leur opinion, je pense, ne saurait être discutée. Glœvecke, qui semble être le premier à avoir insisté sur ces troubles dans un travail paru en 1889, dans les *Arch. f. gynækologie* base son opinion sur 45 observations, ce qui est peu en vérité. Elle est soutenue en France par Martin (thèse, 1893), par Pinesse thèse, 1894), par Jayle (1897), par quelques auteurs étrangers, Grammatlkati en Russie, par Lusk (1891). Ces troubles consistent principalement, pour les auteurs que je viens de citer, en troubles vaso-moteurs caractérisés par des bouffées de chaleur et des sueurs, en troubles de nutrition caractérisés eux-mêmes par une adipose qui parait être considérable dans certains cas, enfin en troubles

mentaux consistant surtout en excitation maniaque et en dépression mélancolique.

Je laisse à dessein de côté les modifications de l'état vénérien et je désire insister devant vous sur les deux points suivants : Tous les partisans de l'insuffisance ovarienne sont unanimes à déclarer qu'à coté des troubles précédents ceux de la menstruation sont fréquents. Tous déclarent, en outre, et d'une façon formelle que la persistance des règles s'oppose au développement de presque tous les troubles (Martin) et que la persistance même irrégulière des menstrues est une raison suffisante pour que ces troubles ne surviennent pas ou soient très peu prononcés (Jayle). Tous cependant continuent à attribuer les accidents à l'insuffisance ovarienne. Pourquoi ne pas les attribuer plutôt à la suppression de la menstruation ?

Pour les troubles mentaux signalés par les auteurs, à la suite des opérations, les médecins aliénistes ont établi leur véritable origine.

Quant aux états neurasthéniques également mis en cause, ils peuvent reconnaître la même origine que la psychose vraie. Depuis deux ans nous avons observé à Ste-Anne, avec mon collègue et très cher ami Dagonet, médecin en chef, 41 malades venus à l'asile pour des troubles divers consécutifs aux opérations les plus variées. Ces cas se répartissent en quatre groupes : accidents hystériques, psychoses post-opératoires, neurasthénie (cette dernière formant un groupe isolé ou associé aux précédents groupes). Laissant de côté les deux premiers groupes, il nous reste 23 observations dans lesquelles la neurasthénie est isolée ou associée soit à l'hystérie, soit aux psychoses (forme hypochondriaque). Nous relevons 11 hystérectomies soit abdominales, soit vaginales. Elles nous fournissent 3 cas d'hystéro-neurasthénie, 5 cas de neurasthénie pure, 1 cas d'hystéro-neurasthénie avec préoccupation hypochondriaque, 1 cas de neurasthénie avec préoccupation hypochondriaque.

Si l'on néglige chez les malades l'appoint hystérique ou hypochondriaque, on retrouve chez toutes les caractères connus de la neurasthénie et attribués à l'insuffisance ovarienne, abaissement des forces, transpiration et sensations de froid, etc. Plusieurs de ces malades ont engraissé. Je n'ai pu savoir chez toutes, si l'ablation des ovaires avait été faite ; j'admets à priori qu'elles n'ont plus leurs ovaires. La plupart de ces malades n'ont plus leurs règles. L'une d'entre elles est intéressante. Opérée il y a sept ans, elle est aujourd'hui complètement guérie, sans traitement spécial.

La présence chez elles, soit des troubles hystériques, soit de préoccupations hypochondriaques est intéressante à constater, car il est difficile à priori d'admettre une pathogénie différente de la neurasthénie et de ces troubles cérébraux ou hystériques et n'admettre la suppression de la sécrétion ovarienne que pour les premières, laissant aux symptômes de l'hypochondrie leur pathogénie habituelle. Cette association me paraît être un argument important contre la doctrine de l'hyposécrétion.

Nous relevons dans notre statistique 6 cas d'ovariotomie donnant 4 cas de neurasthénie pure, 1 cas d'hystéro-neurasthénie, 1 cas de neurasthénie avec agoraphobie. Les symptômes ont été les mêmes et les mêmes réflexions sont applicables à cette nouvelle série. Une cependant est intéressante, car l'ablation des ovaires remonte à 1888 et ce n'est qu'en 1896, à la suite de la cure d'une éventration que les phénomènes d'hystéro-neurasthénie ont éclaté. Deux de ces malades enfin ont subi l'ovariotomie unilatérale, et les troubles sont identiques. Enfin, nous constatons les mêmes troubles chez des malades opérés en dehors de la zone génitale ou n'ayant pas subi l'ablation des ovaires : 1 néphopexie, 1 hernie ombilicale, 2 curetages, une double amputation du sein. Il ne me reste à signaler qu'une résection de l'épaule chez un homme ; le cas est intéressant, car il a présenté, à la suite de l'opération, un accès maniaque post-opératoire qui a duré huit jours, accès qui peut montrer la filiation des accidents.

Les observations enfin, publiées par les auteurs, des résultats du traitement opothérapique sont-elles démonstratives ? En général, les malades ont été suivis pendant fort peu de temps, et il serait nécessaire, pour entraîner la conviction, que l'observation des malades fût continuée pendant de longs mois.

Certes, Messieurs, mon but n'est pas, comme je vous l'ai dit plus haut, de nier la secrétion ovarienne, ni même son action sur l'organisme, et je ne voudrais pas m'exposer au légitime reproche d'opposer une affirmation sans preuves à celle un peu théorique des partisans de la doctrine de l'insuffisance ovarienne. Ce que je puis affirmer seulement, c'est qu'on peut observer les troubles attribués à l'insuffisance ovarienne, chez des malades auxquelles on n'a pas enlevé les ovaires, ou chez lesquelles les troubles suivent de près une opération pratiquée sur un point quelconque de la sphère génitale, voire même en dehors, et que d'autre part les troubles observés après la castration peuvent s'expliquer d'une façon différente. C'est là le point de vue que je veux livrer à vos méditations.

Je demande qu'à l'avenir, et c'est là le but de cette communication, on tienne davantage compte de la fonction menstruelle, de l'état mental antérieur des malades et de leurs prédispositions héréditaires. Je demande enfin qu'avant d'affirmer l'insuffisance ovarienne, et d'instituer le traitement opothérapique, on prenne l'avis des médecins aliénistes, seuls capables de bien discerner ce qui confine tant à leur domaine. On aura de la sorte, à mon sens, réalisé un grand progrès et démontré, si oui ou non, la chirurgie fait fausse route sur le terrain de l'opothérapie ovarienne.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de zoologie* (annélides, mollusques et zoophytes). — M. Edmond Perrier, membre de l'Institut, professeur, commencera ce cours mardi 12 mars 1901, à 1 h. 1/2, dans la salle des cours des galeries de zoologie (2e étage), et le continuera à la même heure, le mardi, le jeudi et le samedi de chaque semaine. En prenant les mollusques comme exemple, le professeur exposera le rôle des actions mécaniques dans les transformations des organismes et examinera les récentes théories proposées pour expliquer l'évolution des formes animales. Des conférences pratiques sur des animaux vivants expédiés du Laboratoire maritime du Muséum, à Saint-Vaast-la-Hougue, ou recueillis à Paris, auront lieu au Laboratoire le samedi.

Cours de paléontologie. — M. Albert Gaudry, professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le mercredi 13 mars 1901, à 3 h. 1/2, et le continuera le vendredi et le mercredi de chaque semaine, à la même heure. Dans la première partie du cours, M. Albert Gaudry parlera des applications de la théorie de l'évolution à la détermination des terrains. Les leçons seront faites les mercredis dans l'Amphithéâtre des nouvelles galeries place Walhubert, et les vendredis dans la galerie de paléontologie. Dans la seconde partie du cours, M. Marcelin Boul , docteur ès sciences, professeur intérimaire, fera l'histoire des animaux quaternaires. Les leçons auront lieu les lundis, mercredis, vendredis, à 3 h. 1/2.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Guébard de la Quesnerie, médecin de 1re classe de la marine en retraite, décédé subitement à Dax.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Substitution du blanc de zinc au blanc de céruse.

Cette question, très vieille pour les hygiénistes qui, *toujours*, ont conclu dans le sens de l'affirmative, a été soulevée dans ces derniers temps par la presse politique, écho des réclamations des syndicats. Des pétitions adressées au Ministère des Travaux publics ont amené M. Pierre Baudin à demander à M. Waldeck-Rousseau, Ministre de l'Intérieur, de provoquer l'avis du Comité consultatif d'Hygiène publique de France.

La question a été posée en ces termes : *Substitution du blanc de zinc au blanc de céruse dans les travaux de peinture exécutés pour le compte des administrations publiques*. La deuxième section du Comité, après avoir entendu les défenseurs du blanc de céruse et du blanc de zinc, a chargé M. Ogier de présenter un rapport au Comité dans sa séance plénière du 4 mars.

Au début de son travail, M. Ogier rappelle qu'il y a 120 ans, Courtois a présenté à l'Académie de Dijon un mémoire, dans lequel il démontrait la possibilité de remplacer le blanc de céruse, extrêmement dangereux, par le blanc de zinc inoffensif; que Guyton de Morveau, en 1783, Atkinson, en 1796, Fourcroy, Berthollet, Vauquelin, ont préconisé l'emploi du blanc de zinc; que Chevallier, en 1849, soutenait la même opinion. Il cite ensuite les travaux d'un industriel, Leclaire, qui, prenant la défense de la santé des ouvriers, est arrivé à fabriquer du blanc de zinc au même prix que le blanc de céruse et qui, dans ses travaux, n'employait que le premier. « Mon enquête, dit M. Ogier, aurait pu être des plus brèves et se borner à reproduire la circulaire ministérielle de février 1852. » Cette circulaire, en effet, est très précise. En voici les passages principaux :

« Déjà un arrêté émané du Ministère des Travaux publics, à la date du 24 août 1849, a prescrit la substitution du blanc de zinc au blanc de céruse dans les travaux de peinture à exécuter dans les travaux de l'Etat. Depuis, une commission instituée au même ministère, en 1850 et 1851, et composée des hommes les plus compétents, a étudié cette question avec un soin tout spécial; elle est tombée d'accord sur les dangers de la fabrication et de l'emploi de la céruse et sur la nécessité de la remplacer par le blanc de zinc. D'après les conclusions de cette commission, la préparation, l'emploi et le grattage de la peinture au blanc de zinc ne paraissent présenter aucun danger pour la santé de l'ouvrier. En outre, cette peinture a des qualités de durée, de solidité et d'éclat qui ne se retrouvent pas au même degré dans la peinture au blanc de céruse; enfin, s'il y a aujourd'hui entre l'une et l'autre égalité de prix, il est permis d'espérer que la peinture au blanc de zinc pourra être bientôt établie à des prix inférieurs.

« En présence de ces conclusions, Monsieur le Préfet, je crois devoir vous inviter à prendre les mesures nécessaires pour que le blanc de zinc soit employé généralement dans les travaux de peinture à exécuter aux bâtiments départementaux. Une prescription absolue et exclusive risquerait d'apporter une perturbation trop subite dans l'importante fabrication de la céruse; mais il est essentiel au moins que des essais comparatifs de l'une et de l'autre peinture soient faits sur une large échelle, de telle sorte que la préférence puisse être irrévocablement accordée à celle des deux dont l'expérience aura démontré la supériorité, au double point de vue sanitaire et économique.

« Vous donnerez, dans ce sens, des instructions aux architectes chargés des édifices départementaux. Vous transmettrez aussi les mêmes recommandations aux maires des communes de votre département, en ce qui touche les bâtiments communaux. Je désire enfin que vous me teniez informé des dispositions que vous aurez arrêtées, conformément aux instructions qui précèdent ».

Pourquoi cette circulaire n'a-t-elle pas eu l'heureux effet qu'on était en droit d'en attendre? Nous ne savons, ou plutôt nous devinons que les intérêts des fabricants de céruse l'ont emporté sur les intérêts de la santé des ouvriers. Et cette pratique détestable s'est perpétuée jusqu'à nos jours. M. Ogier, à l'appui, signale une compagnie de chemins de fer, cliente d'un grand fabricant de céruse, entendu par la deuxième section, qui se sert du blanc de céruse en *poudre*, c'est-à-dire le plus *dangereux*. L'un des arguments invoqués par la routine, et que relève M. Ogier, c'est que le blanc de zinc couvrirait moins bien que le blanc de plomb ; d'autres prétendent, en s'appuyant sur des faits incontestables, que c'est là une erreur. Ils ajoutent même que le blanc de céruse actuel couvre moins aujourd'hui qu'autrefois et que, en tout cas, il couvre moins que le blanc de zinc. M. Ogier a terminé son rapport par les conclusions suivantes :

« La substitution des peintures à base d'oxyde de zinc aux peintures au blanc de céruse est tout à fait désirable au point de vue de l'hygiène ; — que cette substitution semble possible dans la très grande majorité des travaux de peinture ;— que par suite, les administrations de l'État donneraient un exemple salutaire et feraient une œuvre d'hygiène très utile en prescrivant, chaque fois que cela sera possible, la substitution du blanc de zinc au blanc de céruse dans les travaux exécutés pour le compte de ces administrations. »

Ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité. Volontiers nous les aurions désirées sans atténuation, plus étendues, et par conséquent répondant mieux à la circulaire de 1852. Ce sera l'œuvre d'un autre jour. Nous devons répéter que, selon ses traditions scientifiques, le Comité a entendu les intéressés. Les uns, les fabricants de céruse ont défendu les habitudes anciennes et l'approvisionnement de leur caisse ; les autres ont combattu la routine, défendu le progrès, et partant la santé et l'hygiène publiques. Tous nos lecteurs connaissent par le menu les accidents graves occasionnés par l'intoxication saturnine chez les ouvriers qui manient les sels de plomb ; nous n'avons pas à les leur rappeler. Mais nous croyons utile de signaler ses conséquences au point de vue familial et social. Dans les ménages où l'un des deux conjoints est saturnin, les avortements, les naissances avant terme, les mort-nés, une léthalité précoce sont considérables (C. Paul), et les enfants survivants sont souvent atteints de convulsions, qui aboutissent à l'idiotie, à l'imbécillité, ou à l'épilepsie. Notre ami, le Dr F. Roque (1), a publié sur ce sujet une note intéressante. Ayant l'habitude dans notre service de Bicêtre, de relever régulièrement les professions des père et mère de nos malades, nous avons pu constater aussi l'influence fâcheuse des professions insalubres, et

(1) *Des dégénérescences héréditaires produites par l'intoxication saturnine lente.*

en particulier des ouvriers qui manient le plomb, sur les produits de la conception.

Le Comité d'hygiène publique a fait son devoir; aux administrations de l'Etat et aux municipalités à faire le leur, en exigeant *toujours* la substitution du blanc de zinc au blanc de céruse. BOURNEVILLE.

La descendance des Saturnins.

Dans sa thèse inaugurale (1861), intitulée : *De l'intoxication lente par les préparations de plomb et de leur influence sur le produit de la conception,* Constantin Paul a démontré qu'une intoxication saturnine chronique atteint les enfants dans une proportion telle qu'ils sont presque voués à une mort certaine. Et il donne le résumé suivant qui en fournit la preuve:

Intoxication saturnine des mères. — Sur 27 grossesses survenues chez 5 femmes, on a compté 22 avortements, 2 accouchements prématurés, 1 mort-né, 1 seul enfant vivant.

Sur 43 grossesses après intoxication, 32 fausses couches, 1 accouchement prématuré, 2 mort-nés, 2 vivants, l'un chétif, l'autre mal portant. Ces six mêmes femmes avant de s'exposer au plomb avaient eu *dix enfants bien portants* et pas une seule fausse couche. — Une femme qui avait eu 5 fausses couches, quitta le métier et eut un enfant vivant et bien portant.

Deux femmes prennent et quittent successivement le métier. Pendant qu'elles ne travaillent pas, elles mettent au monde trois enfants qui vivent; pendant le travail au plomb, sur 3 grossesses, 3 fausses couches.

Intoxication saturnine des pères. — Sur 141 grossesses, dues à des pères saturnins, il n'y a que 10 enfants qui survivent.

M. Savouré-Bonville, inspecteur départemental d'assistance publique de l'Eure, a eu l'occasion d'étudier la descendance des ouvriers qui manient le *blanc de céruse.* Voici un extrait du travail qu'il vient d'adresser à la *Société internationale pour l'étude des questions d'assistance.*

Sur 141 grossesses de femmes d'ouvriers peintres, on a constaté 82 avortements, 4 naissances avant terme, 5 mort-nés. Sur les 50 bien venus, 20 sont morts au cours de leur première année et 15 entre un et trois ans. Donc, sur 141 grossesses, il y a eu 15 enfants qui ont vécu plus de trois ans.

De 1876 à 1889, c'est-à-dire en treize ans, il y a eu 5,484 ouvriers peintres d'atteints, et si on ne compte que les morts, laissant de côté les fous, les paralysés, les gâteux, on arrive au triste chiffre de 598.

Nous compléterons prochainement ces renseignements par la publication de nos observations personnelles, principalement au point de vue de l'influence de la profession de peintre en bâtiments comme cause de l'idiotie. B.

Salus populi, suprema lex.

La campagne de presse menée avec tant de raisons contre le *blanc de céruse*, justifiée par tous les savants dont nous avons rappelé les noms — notre liste est incomplète — a excité les protestations des fabricants de *blanc de céruse.* L'un d'eux, profitant de sa situation, n'a pas craint de porter au Sénat (1) la défense de ses intérêts particuliers. En d'autres temps, on n'aurait pas toléré cette façon d'agir. S'il est vrai que lui et les siens, grâce aux progrès de la science, aient diminué les inconvénients épouvantables de la fabrication du blanc de céruse, nous doutons fort que leur nom figure jamais sur la liste des philanthropes à côté de celui de Leclaire; il n'en reste pas moins démontré, en tous cas, que l'emploi de cette substance est *extrêmement dangereux* et qu'il est du devoir du Gouvernement, défenseur de l'intérêt et de la santé publics, supérieurs aux intérêts particuliers, de l'interdire d'une façon aussi complète que possible. Nous ne doutons pas qu'il ne se conforme à l'avis formel du *Comité consultatif d'hygiène* de France et que toutes les administrations départementales et communales, dont quelques-unes ont déjà pris les devants, ne s'empressent d'exiger, dans tous les travaux de peinture qu'elles font exécuter, la substitution du blanc de zinc au blanc de céruse. L'*intoxication saturnine* entre dans la catégorie des *maladies évitables* ; il faut qu'elle ne figure plus, à bref délai, dans les cadres de la mortalité. B.

(1) *Journal officiel* du 13 février 1901.

L'œuvre des sanatoriums populaires en France.

Depuis que nous avons soulevé, dans le *Progrès médical* (1), la question des sanatoriums populaires pour les tuberculeux en France et de la création d'un comité central, l'idée a fait beaucoup de chemin. Outre les articles de nos honorés confrères, les Drs Plicque et Sersiron, publiés par le *Progrès*, plusieurs confrères nous ont encouragé dans notre entreprise.

La lettre de M. Plicque, dont la compétence en matière des sanatoriums est suffisamment connue, met au point les contradictions que nous avons eu avec M. Sersiron. D'après le directeur d'Angicourt la mutualité et la charité doivent concourir en même temps pour aboutir au même but, qui serait la lutte contre la tuberculose par les sanatoriums populaires. Notre distingué confrère entend, probablement, sous la charité, les fondations de la bienfaisance ou de l'initiative privée. Nous sommes absolument d'accord avec lui et disons qu'il faut encourager par tous les moyens possibles les œuvres de la bienfaisance, cet accessoire puissant d'une œuvre intéressant la vie d'une communauté entière. De son côté M. Sersiron adhère également à la formule de M. Plicque et, comme il l'explique dans sa dernière lettre, fût même un des promoteurs d'un vœu, proposé au dernier congrès d'hygiène et dont le but était de créer « un office central d'action pour l'assistance aux tuberculeux pauvres ». Il résulte, par conséquent, que la création d'un comité central, ayant pour but la lutte contre la tuberculose par le seul moyen justifié — les sanatoriums, — s'impose par la force des choses. Cette confirmation a reçu, dans la dernière séance de la société de médecine de Paris, une sanction presque officielle. L'honorable président de cette société finit son discours par la phrase, qui montre bien le haut intérêt que le corps médical porte à la question des sanatoriums populaires en France. « Il faut, dit-il, aider ces utiles novateurs et c'est dans ce but que je fais appel à votre intelligence, à votre cœur et que je vous demande d'étudier dans notre prochaine séance cette question si intéressante (l'œuvre des sanatoriums populaires) qui a le grand privilège d'être à la fois *scientifique, humanitaire et patriotique.* »

Ainsi, l'intérêt témoigné par une grande majorité des médecins, pour la prompte réalisation de l'œuvre des sanatoriums populaires en France, nous encourage de continuer notre besogne, malgré les difficultés, indiquées par notre confrère Sersiron. Notre confrère connaît la valeur de ces difficultés et nous espérons tirer profit de sa pratique, qui a abouti, cependant, à un résultat fort honorable. Néanmoins, nous croyons que les difficultés rencontrées par notre confrère dépendaient principalement de ce qu'il a cantonné son activité sur un terrain que nous voulons éviter à tout prix. Ainsi, pour arriver au résultat obtenu, M. Sersiron fut obligé de s'adresser à la charité privée. Il est certain que, lorsque la bienfaisance est l'œuvre d'une ou de plusieurs personnes, le résultat s'obtient plus facilement. Telles sont les fondations Furtado-Heine, de la baronne Hirsch, l'asile Rossini, l'hôpital

(1) Voir *Progrès médical*, année 1900, nos 48, 50 et 51; année 1901, n° 3.

Wallace, etc. Mais lorsque l'œuvre doit être le produit de plusieurs personnes — la chose se complique et il faut avoir une véritable ténacité pour arriver à un résultat quelconque, même au bout d'un temps assez long. La charité multiple rend la tâche plus difficile et crée parfois des difficultés insurmontables. L'œuvre des sanatoriums, telle que nous la proposons, devrait être l'œuvre de la société elle-même : *c'est pour elle, qu'elle se fera, c'est par elle qu'elle doit se faire.* Les seules difficultés qu'on devrait rencontrer pendant la réalisation de cette œuvre commune dépendraient de la direction de l'idée, de la classification des forces vitales, nécessaires, pour aboutir *vite et bien* à la création d'une série des sanatoriums régionaux et populaires, dans toute la France. Cette tâche incombera au comité central. Ce dernier aura par conséquent pour devoir de guider l'activité individuelle et communale pour la création des sanatoriums populaires, destinés à soigner des milliers des tuberculeux que la France perd tous les ans. Ce n'est pas une office central d'assistance que nous réclamons, mais bien un comité central qui aura pour but *d'éveiller d'abord la conscience antituberculeuse* dans la population au moyen des conférences, des brochures, des feuilles volantes, des images, etc., moyens employés déjà par quelques organisations disparates et peu connues. Ensuite ou en même temps, il s'occupera de la création des sanatoriums populaires, fondés par la communauté, par les groupements, par l'initiative privée et par la bienfaisance.

En plus, c'est à lui qu'incombera la tâche de la propagande de la lutte antituberculeuse par les sanatoriums parmi les groupements, corporations, administrations, etc., où l'existence du sanatorium est plus que nécessaire. Il existe en France toute une série d'administrations, qui emploient des centaines et des milliers d'employés. Quelle est l'administration qui possède son sanatorium pour soigner ses tuberculeux, dont le nombre est parfois considérable ? Nous avons à Paris et dans les centres industriels de France des grands magasins de mode, qui emploient plusieurs mille employés, et jusqu'à présent pas un seul de ces magasins n'a songé à fonder un sanatorium pour les employés tuberculeux. Quelle est la compagnie des chemins de fer en France qui possède un sanatorium pour soigner ses employés tuberculeux ? Quelle est la fabrique française qui pourra envoyer ses ouvriers tuberculeux se soigner dans son sanatorium à l'exemple de la fabrique Soda-Aniline de Ludwisshofe en Bade ? On pourra invoquer une foule de groupements qui sont dignes d'avoir leur sanatorium, mais qui n'ont pas encore la conscience de l'utilité de ces institutions. Ce n'est pas pour l'assistance qu'il faut créer un comité central, mais pour l'action, pour la propagande et pour hâter la creation des sanatoriums populaires pour les tuberculeux. Le rôle de ce comité se résumera dans une seule phrase: *d'engager, par tous les moyens possibles, toutes les organisations de notre vie sociale dans la lutte contre la tuberculose par les sanatoriums populaires pour les tuberculeux.*

Par l'intermédiaire de quelles institutions devra-t-on engager la réalisation des sanatoriums ? M. Plicque est d'avis qu'on s'adresse aux Conseils généraux, qui, dépourvus de l'enseigne politique, répondront mieux aux circonstances. Nous trouvons cette proposition assez justifiable, d'autant plus que nous connaissons l'utilité, rendue par les Conseils généraux en Russie, à la population russe par leurs hôpitaux et leurs sanatoriums. Les Zemstvo (les Conseils généraux russes) sont les seules institutions russes qui créent et dirigent les hôpitaux et les sanatoriums populaires pour la population russe ; ils engagent les médecins à leurs frais et fournissent tout ce qui est nécessaire pour entretenir l'existence de leurs hôpitaux. Ils ont rendu d'immenses services à la Russie et jouent, en matière d'hospitalisation, un rôle prépondérant. Nous ne voyons pas l'impossibilité de l'intervention des Conseils généraux de France dans la réalisation des sanatoriums populaires. A côté des Conseils généraux, il faut engager principalement les communes, et c'est à celles-ci que doit incomber la tâche de venir en aide à toutes les organisations régionales ou contrôler pour hâter la fondation des sanatoriums et les entretenir. Nous laissons, en attendant, de côté la discussion des moyens par lesquels les communes pourront et devront intervenir. Actuellement nous voulons revenir à la formation du comité central. Pour nous, ce comité doit être formé de tous les éléments de la société actuelle. Le corps médical y sera présenté à côté des autres représentants de notre société. Un appel doit être lancé à toutes les communes de France, soit par la presse, soit par les tribunes. Les corporations médicales doivent s'occuper de la question des sanatoriums populaires au premier abord, à l'exemple de la Société de Médecine de Paris. C'est également au corps médical que doit appartenir l'honneur de former le noyau du comité central des sanatoriums populaires, et c'est à lui que nous adressons notre premier appel. Nous prions tous ceux de nos confrères qui s'intéressent à la question des sanatoriums de vouloir bien nous envoyer leur adhésion. Pour simplifier le dilemme, nous usons de l'hospitalité que le *Progrès Médical* veut bien nous accorder, en priant les lecteurs d'envoyer leur adhésion à la rédaction du *Progrès*. Ce système nous permettra d'avoir l'adhésion des personnes que nous n'avons pas l'honneur de connaître et dont les participations à l'œuvre nationale des sanatoriums serait très utile. Nous adressons en même temps un appel aux conseils des différentes corporations médicales, en leur priant d'accorder leur adhésion.

Ainsi, nous commençons par le corps médical avant de nous adresser aux autres groupements sociaux, car nous voulons que l'œuvre des sanatoriums populaires ait pour initiateurs les médecins. M. Sersiron nous promet son concours et nous le remercions parce que le groupement, dont il est le secrétaire général, présente une très haute valeur en matière des sanatoriums. Nous sommes obligés de persuader notre confrère que nous n'avons jamais eu la moindre idée de créer un centre administratif. Tout ce qui précède ici lui montre que le comité central, que nous proposons, n'est qu'une organisation plutôt intellectuelle qu'administrative, destinée à concentrer les forces épar-

ses des individualités, sans atteindre à l'initiative privée. Son but sera au contraire d'aider et d'encourager les entreprises particulières et régionales. Il s'efforcera de créer des comités départementaux ou régionaux, qui de leur côté deviendront les centres de leur champ d'activité. De sorte que, tout en étant un centre le comité central s'efforcera de créer les comités indépendants et, par conséquent, deviendra *de facto* un centre de la décentralisation. P. Kouindjy.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 février 1901. — Présidence de M. le Dr Netter.

Globules blancs dans quelques intoxications.

MM. Achard et Loeper. — Dans les intoxications, la formule sanguine est caractérisée par la polynucléose dans les cas aigus et la leucopénie avec inversion fréquente de la formule dans les cas chroniques, qu'il s'agisse de plomb, d'alcool, de mercure de morphine ou d'éther. La réaction sanguine dépend donc plus de la chronicité de l'intoxication que de la nature du poison; la leucopénie et l'inversion de la formule des intoxications chroniques peuvent trouver leur explication dans les réactions leucocytaires locales, dans l'hypertrophie de la rate qui détruit plus de polynucléaires et dans les scléroses des divers organes hématopoiétiques.

Globules blancs dans l'ictère.

MM. Achard et Loeper ont trouvé que la formule sanguine dans l'ictère est variable. La colique hépatique donne de la leucopénie avec retour rapide à la normale, l'ictère catarrhal produit une leucocytose et une polynucléose légère au début, puis un abaissement marqué allant jusqu'à l'inversion. Les ictères infectieuses, hépatites aiguës, angiobolites font de la polynucléose et de la leucocytose. Les cancers du foie ou du hile modifient variablement la formule, les hépatites chroniques avec ictère montrent de la leucopénie avec prédominance de polynucléaires. Expérimentalement on ne retrouve pas la présence de l'ictère en injectant de la bile aux animaux. Cette formule n'est pas fonction de l'intoxication biliaire, mais de la cause de l'ictère.

Hémolyse dans les épanchements hémorragiques.

M. Milian — M. Bard (de Genève) a montré dans les pleurésies hémorragiques d'origine cancéreuse, l'hémolyse marquée qui se traduit par le laquage du sérum. L'auteur a observé le même fait dans un cas de sarcome pleuro-pulmonaire vérifié à l'autopsie; il l'avait déjà constaté dans une pleurésie hémorragique d'origine gangréneuse et dans un hémathorax traumatique qui paraîtra dans la *Revue de Chirurgie* en collaboration avec M. Tuffier. Dans la pleurésie hémorragique d'origine gangréneuse où pullulaient de nombreux germes, des anaerobies en particulier, l'hémolyse était manifeste et au microscope on constatait un grand nombre de globules rouges altérés de formes et de dimensions. Au vingtième jour, dans l'hémothorax traumatique, l'hémolyse était nulle, et les globules rouges morphologiquement intacts.

M. Chassavant présente une note sur *l'action de la saccharine dans la digestion gastrique.*

M. Laborde présente une note sur les accidents consécutifs à une teinture pour cheveux.

Séance du 2 mars 1901. — Présidence de M. le Dr Netter.

Pouvoir agglutinant de quelques sérums humains vis-à-vis des hématies de l'homme.

MM. J. Camus et Pagniez. — Le sérum sanguin d'un animal peut être agglutinant pour les globules d'une autre espèce. Le sérum humain pathologique peut agglutiner les globules d'un autre homme. Les auteurs ont expérimenté sur 35 sérums essayés sur des hématies d'homme sain et d'homme malade. Les sérums normaux n'ont pas produit d'agglutination. Sur les sérums pathologiques examinés, plusieurs ont donné des résultats agglutinatifs. Ils agglutinaient des hématies d'homme normal, mais parfois restaient sans action sur les hématies d'autres malades. Ces sérums actifs provenaient surtout d'hommes anémiés, cachectiques, plusieurs tuberculeux. Les globules d'un malade donnant un sérum très agglutinant peuvent être réfractaires au sérum d'un autre individu. De même pour les animaux, le chauffage à 58° ou 60° peut diminuer la propriété agglutinante sans la détruire. A l'état pathologique, le sérum d'un individu peut se comporter vis-à-vis des hématies d'un autre malade comme le sérum d'un animal à l'égard des globules d'un animal d'autre espèce.

Chromatine nucléaire dans le spermatogénèse.

M. Regaud (de Lyon). — La chromatine subit une série de variations pendant la spermatogénèse. La chromatine nucléaire subit des transformations qualitatives notables et ne constitue pas une substance qui puisse se transmettre héréditairement.

M. Bourquelot présente une note sur la gentianose.

M. Maurel (de Toulouse) a observé une hyperleucocytose au cours des affections du foie dans les pays chauds; dès 1884, l'auteur a signalé une augmentation des globules blancs dans la fièvre bilieuse, l'ictère, la congestion du foie et l'hépatite, mais les globules blancs ne dépassent pas 20.000. L'hyperleucocytose plus considérable doit faire penser à une suppuration profonde et à une suppuration du foie. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 mars. — Présidence de M. F. Guyon.

Traitement de la lèpre.

M. Hallopeau, malgré les bons effets de l'huile de Chaulmoogra, ne croit pas que ce soit encore le véritable spécifique. Le médicament semble, d'ailleurs, mal défini. Les injections intramusculaires sont plus efficaces que la voie digestive. Mais elles sont douloureuses, peuvent donner de la fièvre, des embolies. La voie rectale mériterait d'être essayée.

M. Du Castel insiste sur les dangers d'embolie pulmonaire. Les malades, au point de vue de ce traitement, doivent être rangés en deux catégories, suivant que la lèpre est tuberculeuse ou nerveuse. Dans le premier cas la médication agirait, tandis que dans le second elle serait moins active. En tout cas, ces injections, en raison du danger qu'elles font courir aux malades, ne peuvent être qu'un traitement d'exception, réservé aux cas graves ayant résisté aux autres modes de traitement.

Le lavage de l'estomac dans les gastrorragies.

M. Linossier rapporte plusieurs cas d'hématémèses par cancer de l'estomac, traités très utilement par le lavage. L'ulcère lui-même n'est pas une contre-indication absolue. Bourget (de Lausanne) a traité 88 ulcères stomacaux par des lavages quotidiens avec une solution à 2 0/0 de perchlorure de fer sans avoir jamais observé une hémorragie consécutive à l'opération. Bien plus, il considère l'apparition d'une hématémèse comme l'indication formelle d'un lavage immédiat. Mais le lavage, offrant malgré toutes les précautions quelques risques, doit être réservé aux hématémèses graves et menaçant la vie.

Le tétranitrate d'érythrol (tétranitrol) et la médication hypotensive.

M. Huchard montre que ce médicament a la plus haute importance puisqu'il est destiné à abaisser la tension

artérielle dans un grand nombre de maladies : dans la pré-sclérose, l'artério-sclérose confirmée, l'angine de poitrine coronarienne, les douleurs cardiaques, les cardiopathies artérielles, l'uricémie, dans la goutte, le tabagisme à la suite d'une alimentation carnée intensive (cause *fréquente* d'artério-sclérose), la néphrite interstitielle, la syncope locale des extrémités, la maladie de Stokes-Adams, dans les anévrysmes. L'action hypotensive du tétranitrol se prolonge quatre à cinq heures. Six comprimés d'un centigramme chaque, prescrits à quatre heures d'intervalle, donnent donc une action presque continue. C'est un des meilleurs moyens pour détendre le frein vasculaire du cœur.

Traitement des tumeurs blanches suppurées graves.

M. Delagenière (du Mans) rapporte trente et une observations de résections par un véritable évidement osseux sous-périostée, comprenant parfois la presque totalité de la diaphyse dans des tumeurs graves suppurées du genou. La réparation par le périoste est après, et évidemment très remarquable et les résultats excellents.

La variolisation.

L'Académie réclame l'interdiction de la variolisation en Algérie, mais sans aller, comme le désirerait M. Hervieux, jusqu'à y spécifier une sanction pénale contre les variolisateurs. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er mars 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Traitement de la pneumonie par le sérum antidiphtérique.

M. Variot, à propos de la communication de M. Talamon dans la dernière séance, affirme sa confiance absolue dans l'action spécifique du sérum antidiphtérique, mais émet des doutes sur son efficacité dans la pneumonie. Il pense qu'on aurait obtenu les mêmes effets avec du sérum de cheval non immunisé.

M. Guinon montre tout le danger qu'il y a, à l'heure actuelle, à soustraire au traitement de la diphtérie le sérum antitoxique qui est produit en trop petites quantités pour être destiné au traitement de toutes les maladies.

L'aérophagie.

M. Mathieu, sous le nom d'aérophagie, employé pour la première fois par Bouveret, étudie la fausse flatulence de névropathies dyspeptiques, fausse flatulence due à la déglutition d'air. Cette flatulence donne lieu à des salves de rôts ou à des rôts par déclanchement qui déterminent de véritables crises. Le diagnostic de l'aérophagie se fait assez facilement car les rôts qui proviennent des gaz intestinaux sont moins abondants et moins nombreux. Le plus souvent on parvient à guérir le névropathe en attirant simplement son attention sur l'origine de ses éructations.

M. Linossier reconnaît leurs origines, différentes de l'aérophagie : dans l'une l'air est déglutit comme un liquide ; dans le second cas il se produirait un véritable mérycisme gazeux.

M. Lenoir rappelle qu'on peut produire chez les hystériques la déglutition de l'air en pressant sur la région hypogastrique. Il signale l'aérophagie du cheval, appelée communément tic.

Maladie fruste de Barlow.

M. Variot rapporte un cas fruste de maladie de Barlow chez un enfant de sept mois, nourri au lait maternisé depuis l'âge de deux mois. Il note la rareté de ce scorbut hémorragique qu'il attribue dans le cas présent au lait maternisé. Il ne croit pas à l'extrême gravité de cette maladie qui cède assez promptement au changement de lait. J. N.

Condamnation de magnétiseurs. — La Cour de Rennes vient de condamner à 200 francs d'amende et 1 franc de dommages-intérêts pour le syndicat médical d'Angers, le magnétiseur Mouroux, acquitté jadis par la Cour d'Angers dont la sentence avait été cassée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 février 1901. — Présidence de M. Reclus.

Analgésie de la cocaïne.

M. Reclus, à l'occasion de la stérilisation de la cocaïne fait observer qu'il emploie depuis 1898, dans son service, le procédé de stérilisation dont parle M. Tuffier ; de plus, sous l'influence de la stérilisation à 100°, la cocaïne ne se modifie pas et son pouvoir rotatoire ne change pas ; d'ailleurs, des expériences très nettes ont montré que la stérilisation n'enlevait à la cocaïne aucune de ses propriétés analgésiantes. M. Hérissé a même placé la cocaïne à l'autoclave à 115, et M. Reclus a pratiqué avec cette cocaïne, trente mois après la stérilisation, une intervention avec analgésie absolue ; donc, ni la stérilisation, ni l'ancienneté de la cocaïne ne modifient ses propriétés, et ce fait a été démontré par M. Hérissé en 1898.

Hernies inguinales volumineuses.

M. Schwartz fait quelques observations au sujet des grandes hernies inférieures scrotales par glissement ; il en est qui deviennent adhérentes au scrotum, et ces dernières sont difficiles à réduire et à maintenir. M. Schwartz, dans ces cas, pratique depuis 1898 la myoplastie, avec un lambeau du grand droit ; ce procédé lui a donné d'excellents résultats. Dans un cas où la rentrée des viscères fut impossible, M. Schwartz a fait la résection en masse de tout le segment hernié, mais il se fit une gangrène de l'intestin suivie de mort.

M. Guinard a eu avec le procédé de myoplastie de M. Schwartz un insuccès tout à fait remarquable ; il y eut sphacèle du lambeau musculaire.

M. Nélaton lit un rapport à l'occasion de deux observations de M. Bouglé, concernant, l'une une fistule du canal de Sténon qu'il guérit par abouchement à la muqueuse buccale, l'autre une greffe autochtone des tendons extenseurs du pouce, par interposition entre les bouts écartés d'un fragment de tendons empruntés aux tendons voisins.

Extirpation du rectum cancéreux.

M. Berger, à l'occasion de la communication récente de M. Quénu concernant une ablation de cancer du rectum par la voie abdomino-périnéale, relate un cas où il a pratiqué cette opération en 1897 ; cette malade se sent fort bien actuellement, mais l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un rétrécissement avec périrectite. Cette opération est, comme on sait, d'une gravité extrême chez l'homme et M. Berger fait observer, et il montre une observation à l'appui, qu'on peut enlever par le périnée des tumeurs rectales très étendues. Pour empêcher la contamination de la plaie périnéale par les matières, ce qui constitue la cause essentielle des phénomènes septiques qui accompagnent l'ablation du rectum, M. Berger fit une ligature élastique, fixant le bout rectal aux lèvres de la plaie par une broche ; le succès fut parfait ; mais M. Berger fait observer que pour s'opposer d'une façon plus certaine à l'ascension du bout intestinal, il se propose à l'avenir de fixer le tube rectal aux tissus périrectaux, au-dessus de la ligature élastique. Enfin, pour sectionner plus facilement les releveurs et leurs aponévroses, sans risquer d'entamer l'intestin, M. Berger propose de commencer par l'extirpation du coccyx, de pénétrer dans l'espace décollable et d'accrocher par là les muscles releveurs et leurs aponévroses.

De l'hystérectomie dans la septicémie puerpérale.

M. Rochard est intervenu cinq fois, dans la septicémie puerpérale et il eut trois insuccès ; dans quatre cas il s'agit d'hystérectomie abdominale, dans un cas de la voie vaginale ; malgré cela, M. Rochard pense que l'hystérectomie est une opération excellente, si l'on ne vient pas trop tard. Quant à la voie à suivre, M. Rochard se prononce pour l'hystérectomie abdominale, qui permet de mieux suivre et d'extraire plus facilement l'utérus quand il est trop friable, enfin on peut faire une ablation plus complète et un drainage plus parfait ; cette hystérectomie, bien entendu, doit être parfaite.

M. Bazy relate deux observations d'hystérectomie pour septicémie puerpérale ; dans un cas, où il employa la voie vaginale, il fut frappé de la facilité avec laquelle l'utérus se dé-

chira; la malade mourut. Dans l'autre cas, il fit une hystérectomie abdominale totale, qui fut suivie de mort au bout d'un mois.

M. SEGOND déclare que l'hystérectomie vaginale chez la femme qui vient d'accoucher est extrêmement difficile; mais les indications ne sont plus absolument les mêmes, si la malade vient plus ou moins longtemps après.

M. FERRIER présente une observation de guérison après hystérectomie abdominale totale, l'intervention fut faite immédiatement et c'est, en effet, d'urgence qu'il faut opérer ces malades. SCHWARTZ.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance de janvier 1901.

M. DARIER, président pour 1901, prononce une allocution où il énumère les travaux accomplis au cours de cette année, qui prouvent qu'après une période critique, la Société a pris un nouvel essor permettant d'envisager l'avenir avec confiance.

M. VIGNES présente les *coupes d'un globe oculaire et un corps étranger l'ayant pénétré.*

Névrite optique papillaire et dégénérescence pigmentaire de la rétine aux deux yeux, suites de fièvre typhoïde grave.

M. ANTONELLI — A la suite d'une fièvre typhoïde grave, un homme de 38 ans devint aveugle à l'âge de 14 ans. Les troubles cérébraux avaient eu beaucoup d'intensité. La vue s'abaissa peu à peu, sans héméralopie vraie et la cécité survint au bout de six mois. Actuellement, l'ophtalmoscope montre une atrophie post-névritique des deux papilles, plaques atrophiques d'ancienne choro-rétinite péripapillaires, et rétinite pigmentaire à gerbes d'amas pigmentaires, relativement gros et très noirs; pas de troubles des milieux, pas de vraies plaques atrophiques de la choroïde, pas de foyers maculaires ni de l'ora serrata. Le cas de névrite optique consécutive à la F. T., ne sont pas très rares. On se rappelle la communication de M. Kœnig l'année dernière, d'autres auteurs ont publié des cas semblables, et M. Antonelli a déjà relaté une observation de névrite optique et de lésions oculaires congénitales chez un enfant issu de mère atteinte de F. T. grave vers la fin de sa grosesse.

Les recherches expérimentales de Vincent, sur la névrite périphérique provoquée par la toxine typhique, et les observations cliniques et anatomo-pathologiques de Braun, ont fait ressortir la grande vulnérabilité du système nerveux périphérique vis-à-vis les toxines de l'infection typhoïde. Braun insiste encore à juste titre, sur ce point, que la névrite optique, complication assez rare de la fièvre T, n'est pas à considérer, malgré tout ce qui pourrait le laisser penser, dans certains cas, comme une propagation d'affection méningée aux gaines du nerf optique. Il s'agit toujours d'une vraie *névrite toxique primaire, évoluant en même temps que les lésions des vaisseaux propres au nerf, sous l'action directe des toxines microbiennes.*

M. VALUDE. — Certains troubles cérébraux ne sont pas toujours faciles à différencier d'un état typhique. On peut donc avoir affaire à une névrite descendante consécutive à une lésion cérébrale, au lieu d'une atteinte directe du nerf optique par les toxines de la fièvre typhoïde.

M. MORAX. — Il est difficile, dans le cas de M. Antonelli, d'affirmer l'origine étiologique de la fièvre T. En outre, la présence de lésions pigmentaires de la rétine indiquent l'existence d'une altération choroïdienne, c'est-à-dire vasculaire.

M. JOCKS. — Le nerf optique est une émanation du cerveau, on ne peut pas l'assimiler à un nerf périphérique et conclure à l'identité d'action des toxines infectieuses.

M. PECHIN. — La toxine typhique peut atteindre, outre les nerfs optiques, les nerfs oculo-moteurs et déterminer même des ophtalmoplégies. Les toxines paralysent les nerfs oculaires comme elles peuvent paralyser les nerfs des membres supérieurs et inférieurs. J'ai observé avec le Pr Brissaud une malade qui fut atteinte, au cours d'une fièvre typhoïde, d'un hémitremblement du membre supérieur gauche, auquel ne tarda pas à succéder une hémiplégie du même côté. Il y avait en outre une double névrite optique. J'ai observé, dans le service de M. Brissaud, une autre malade atteinte de névrite périphérique du membre inférieur gauche et d'une lésion tuberculeuse du sommet droit. Il avait aussi une blennorrhagie depuis quinze ans. Il était aveugle par suite d'une névrite optique et de chorio-reténite pigmentaire. Ces nevrites étaient dues sans nul doute à un processus infectieux.

M. KŒNIG.— Dans le cas que j'ai relaté ici même, de névrite optique consécutive à la fièvre typhoïde, Il y avait une étroite relation de cause à effet. C'est à la fin du troisième septénaire que la vue s'est troublée. On devrait plutôt s'étonner qu'une maladie infectieuse, comme la fièvre typhoïde qui frappe si profondément le système nerveux, laissât indemne le nerf optique. Il est atteint, comme le sont d'autres nerfs périphériques, comme peut l'être l'axe cérébro-spinal. Sans doute, on ne peut pas rapporter la névrite optique à l'infection spécifique par le bacille d'Eberth, on ne connaît pas non plus la toxine typhoïdique d'une manière précise, mais les toxines d'autres agents infectieux peuvent intervenir et on peut admettre une *névrite toxique*. Dans le cas que j'ai observé il s'agissait bien de la névrite optique canaliculaire périphérique, les symptômes cliniques ont été ceux des névrites périphériques, les lésions ont été inégales dans les deux yeux et elles se sont réduites à une infiltration de la papille sans œdème ni troubles vasculaires très prononcés. Le rétrécissement du champ visuel affectait la forme d'un secteur ovoïde à pointe interne et à développement externe : du côté droit il existait un scotome central relatif très net au milieu de la zone obscure plus étendue. Ceci prouverait que le faisceau papillo-maculaire était intéressé et cette lésion s'est produite à l'endroit où le faisceau central devient périphérique dans la portion canaliculaire du nerf optique. Pour ce qui concerne la voie suivie par l'infection, on peut envisager l'hypothèse d'une propagation par le sinus sphénoïdal.

La malade qui a fait le sujet de mon observation était épileptique, mais il s'agissait d'épilepsie vraie, dite essentielle, c'est-à-dire ne se rapportant à aucune lésion déterminée. De plus, pendant tout les cours de la F. T. les crises ne se sont pas montrées. Pour M. Valude la névrite optique périphérique est discutable, en ce qui concerne certains cas publiés, et dans l'observation de M. Antonelli il s'agirait plutôt d'une névrite descendante à cause de l'apparition des symptômes généraux; mais je ferai remarquer que, dans quelque cas de névrite optique périphérique, les accidents généraux peuvent parfaitement exister et suivre de près les troubles oculaires; à ce titre je rappellerai les remarques faites par M. Parinaud. L'examen du fond de l'œil pratiqué pendant la période aiguë de la F. T. ou pendant la convalescence peut donner d'utiles renseignements et, si l'on ne sait pas qu'une névrite optique peut se développer au cours de cette maladie, on risque de porter un faux diagnostic dans les formes frustes de la F. T. C'est ce qui arriva à Hartnell qui diagnostiqua une méningite chez un enfant de onze ans atteint d'une névrite optique double, survenue au cours d'accidents généraux graves qui n'avaient pu être nettement définis en l'absence de taches rosées lenticulaires. A partir du deuxième septénaire, il eut de la photophobie et de l'excitation cérébrale. Deux jours avant la mort, on nota l'inégalité pupillaire et une névrite optique plus prononcée à droite qu'à gauche. A ce moment, il y eût écoulement muco-purulent par le nez et les oreilles. Le diagnostic exclusif de méningite fut porté. L'autopsie montra les altérations classiques de la F. T. inflammation des plaques, engorgement des glandes du mésentère : le cerveau fut trouvé sain.

M. ANTONELLI. — Pour répondre à M. Valude, le titre même de ma communication place l'altération pigmentaire de la rétine en second lieu, c'est-à-dire sous la dépendance de la lésion des vaisseaux centraux, lésion qui est un élément essentiel de la névrite optique. En outre, j'ai insisté sur la démonstration anatomo-pathologique fournie par Braun, que la névrite optique, suite de fièvre typhoïde, représente une localisation pour ainsi dire autochtone, s'expliquant par la fréquence relative des névrites péryphériques après typhus, et nullement en rapport avec les manifestations cérébrales. Je répondrai à M. Morax que, si mon observation était la première, de lésions du fond de l'œil après fièvre typhoïde, il y aurait à exiger l'examen suivis du cas, du commencement jusqu'à la fin de la maladie,

pour pouvoir en établir sûrement les déductions. Mais les cas analogues à celui que j'ai recueilli sont assez nombreux, dans la littérature, pour que le mien ne soit pas douteux. Je ferai remarquer, enfin, à M. Jocqs que le nerf optique, pour être une émanation directe de l'encéphale, ne représente pas moins un ensemble de fibres nerveux myélinisés, muni de charpente connectivale et de vascularisation riche. Or, les expériences de M. Vincent, auxquelles j'ai fait allusion, ont justement prouvé que la toxine typhique, amenée par la circulation en contact avec les fibres nerveux, provoque directement l'altération de ces fibres, altération très manifeste en ce qui concerne la myéline et qui commence au niveau de leurs étranglements annulaires, car probablement c'est là l'endroit le plus favorable à la dialyse de la toxine microbienne.

De l'acuité visuelle au point de vue médico-légal et des contrats d'assurances.

Le Dr Dehenne demande à la Société : 1° de déterminer nettement le minimum d'acuité visuelle professionnelle, compatible avec l'exercice de chaque profession; 2° de changer de notation l'acuité visuelle telle qu'elle est employée à l'heure actuelle, de façon que les oculistes, consultés par les tribunaux et les compagnies d'assurances, puissent répondre d'une façon précise, presque mathématique, à des demandes faites d'une façon précise. L'acuité visuelle professionnelle a été déterminée par plusieurs de nos collègues pour ce qui concerne les employés de chemin de fer, par exemple ; le Dr Dehenne a déterminé l'acuité visuelle minimum compatible avec le service des gardiens de la paix en uniforme sur la voie publique; en réunissant leurs efforts, les membres de la Société d'ophtalmologie pourraient peut-être arriver à déterminer l'V minimum compatible avec toutes les professions en établissant des catégories professionnelles suivant le degré de V, minimum pouvant être exigé.

La notation doit aussi être changée, car les expressions, 1/2, 1/3, 1/4, 1/6, 1/10, ne correspondent plus aux *desiderata* exprimés par les Compagnies d'assurances.

M. Sulzer a recherché ce qui avait été fait, à l'étranger, à ce sujet. Il a trouvé qu'en Allemagne cette question avait déjà été très bien étudiée et avait provoqué la publication de plusieurs manuels destinés à faciliter la solution de cette délicate question médico-légale (1). Koenig.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 30 janvier 1901.

Traitement de la variole.

M. Legrand a employé avec succès contre l'intolérance gastrique, si fréquente au début de la variole, la potion suivante :

Chlorhydrate de cocaïne . .		0 gr. 10 centigr.
Sirop d'éther	} ââ	30 grammes.
Sirop de codéine. . .		
Eau chloroformée . .	} ââ	50 —
Eau distillée de menthe .		

Par cuillerée à dessert d'heure en heure.

Pour enrayer la suppuration des vésicules, il faut recourir aux deux moyens suivants : 1° bains de sublimé tous les deux jours; 2° emplâtre de Vigo pour recouvrir chaque vésicopustule. On peut, par ces moyens d'une application facile, obtenir la guérison sans cicatrice.

Influence de la digestion sur la réaction des urines.

M. Bardet apporte l'étude détaillée de la courbe acidimétrique des urines, établie pendant quarante-huit heures chez un malade hyperchlorhydrique. Le titre acidimétrique habituel des urines de ce malade est, le matin à jeun, inférieure à la normale (3 au lieu de 4,5). Après un repas mixte, il baisse au point de devenir neutre, en dehors de tout symptôme clinique. Mais si une crise de fermentation vient à se superposer à la digestion hyperchlorhydrique, le taux acidimétrique se trouve artificiellement relevé, c'est là une cause fréquente d'erreurs. D'autre part, si on étudie les urines en dehors de toute alimentation, mais au cours d'un accès franc d'hyperchlorhydrie, on constate également une hypracidité marquée. En d'autres termes, chez les hyperchlorhydriques, si on a soin de se mettre à l'abri de la cause d'erreur constituée par les fermentations anormales, l'excitation gastrique due à une crise ou bien due au fonctionnement régulier de l'estomac, se traduit par un abaissement notable du titre acidimétrique. P. Rellay.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS.

Séances de février 1901. — Présidence du Dr A. Chervin.

Le calculateur Diamandi.

Le calculateur Diamandi, dont la presse a autrefois entretenu le public, est venu se soumettre à l'observation des membres de la Société d'anthropologie. A la différence de certains de ses prédécesseurs, prodiges du calcul mental comme Inaudi, M. Diamandi a de l'instruction, et il cherche lui-même à analyser les opérations de son cerveau.

C'est un grec, né à Pylaros, dans les îles Ioniennes. Il n'a pas encore dépassé de beaucoup la trentaine. Sa figure ouverte et gaie est d'expression mobile. Il est en état de parler six langues. Lorsqu'il est sur le point de se livrer à ses exercices, il concentre son attention sur le fonctionnement de sa mémoire qui lui représente les chiffres dans l'enlacement et les méandres d'une courbe faite de lignes brisées à angles aigus. Ou plutôt il suspend en quelque sorte l'activité des autres parties de son cerveau pour mieux dégager et rendre plus puissante sa mémoire visuelle. Car c'est à celle-ci qu'il a recours pour faire toutes ses opérations mentales. Lorsqu'on a écrit sur le tableau 30 chiffres en cinq rangées, il jette sur eux un rapide coup d'œil, il en prend une impression visuelle d'ensemble, et ils sont dès lors photographiés dans son cerveau pour au moins un jour entier. Sans plus les regarder, il les lit sur cette photographie mentale qu'il a prise comme sur le tableau, et il les lit dans le sens qu'on veut, l'un après l'autre, dans le sens horizontal ou le sens vertical, ou même en diagonale. Pour toutes les opérations les plus compliquées de l'arithmétique, il procède de même. On écrit des nombres de quinze à vingt chiffres, et, après les avoir saisis d'un seul regard, il les additionne, les multiplie, les divise, etc., à volonté, sans plus se retourner vers le tableau.

Sa puissance de calcul mental est grande puisqu'il peut dire en une minute combien tel nombre donné de siècles représente de secondes. Mais sa mémoire visuelle est merveilleuse, car c'est elle qui le met à même d'opérer dans tous les cas ; il reporte mentalement sur le tableau les chiffres des problèmes qu'on lui pose, et il voit ainsi constamment, il a sous les yeux tous ceux qu'il manie. Après que deux tableaux ont été couverts de chiffres pour des opérations différentes, leur tournant le dos et se tenant les yeux baissés devant son auditoire il les a tous redits, l'un après l'autre isolément et comme éléments de nombres.

M. le Dr Garnaud donne lecture d'un premier mémoire sur la circoncision d'après les textes anciens qu'il possède admirablement.

Un oxycéphale vivant.

M. le Dr Atgier présente un *oxycéphale vivant.* — Chapelet (Charles), 22 ans, sujet grand, fort et vigoureux, alors qu'il jouait, à l'âge de 6 ans, avec d'autres enfants du même âge, grimpé sur le battant d'une grande porte cochère de ferme, fut atteint à la tête d'une blessure grave, les deux battants de cette porte, en se refermant violemment par un brusque coup de vent, s'était rabattus sur la tête de l'enfant.

A cet âge, la suture métopique étant synostosée depuis quatre ans environ, ne fut point intéressée, les bosses sourcilières et globellaires, du même fait, ne le furent pas davantage, tandis que les autres sutures craniennes (qui, à l'état normal, ne se synostosent que de 30 à 60 ans) subirent les influences suivantes, du fait de ce traumatisme.

La coronale fut synostosée prématurément et irrégulièrement, ce qui détermina de l'oxycéphalie facile à constater en

(1) Nous publierons ultérieurement un résumé du travail de M. Sulzer.

voyant le sujet de face, déformation donnant à la tête la forme d'un pain de sucre irrégulier dont le sommet, au lieu de correspondre au vertex, se trouve rejeté à gauche.

La sagittale synostosée aussi prématurément détermina de l'acrocéphalie, facile à constater lorsque le sujet est vu de dos.

Cette surélévation de la voûte crânienne a entraîné aussi celle de la base, attendu que le conduit auditif externe, au lieu d'être approximativement horizontal, forme un angle d'environ 45 degrés par sa direction de dehors en dedans et de bas en haut.

Dans cette dysharmonie céphalique il faut aussi noter : 1° l'exorbitisme dû au refoulement de la voûte de l'orbite par les efforts faits par le cerveau pour trouver quand même une place dans cette boîte cranienne rétrécie; 2° l'hébétude du du sujet due à une altération d'intellect, favorisée par une surdité datant de l'accident précité.

Ce sujet est d'autant plus intéressant à étudier, que d'une part il est rare de pouvoir retrouver les causes visibles et tangibles qui viennent entraver la morphologie céphalique comme nous les trouvons dans la déformation susdite et dans l'énorme cicatrice du cuir chevelu, datant du même âge chez ce sujet, et que d'autre part l'oxycéphalie et l'acrocéphalie n'avaient été étudiées jusqu'à ce jour que sur les crânes du Muséum ou des divers Musées scientifiques.

Dolichocéphales et Brachycéphales.

M. Bloch donne lecture d'un mémoire dans lequel il soutient que des races dolichocéphales se transforment spontanément et sur place en races brachycéphales. La variabilité, dit-il, est une forme antagoniste de l'hérédité de race, qui finit presque toujours par l'emporter, sans *l'aide d'aucun mélange*. Dans les Kourganes de la Russie on a trouvé des crânes dolichocéphales avec peu de crânes brachycéphales, tandis que dans les sépultures plus récentes on a rencontré surtout des crânes brachycéphales. Or, je démontre que là aussi les brachycéphales sont descendus des dolichocéphales.

M. Félix Regnault croit pouvoir expliquer la transformation de la forme des crânes par des modifications dans le jeu des muscles de la tête.

M. Zaborowski proteste formellement contre les conclusions formulées par M. Bloch. Tout est susceptible de se modifier assurément au cours des âges. Mais les interprétations qu'on donne le plus souvent, en dehors de l'ethnologie, des différences et des transformations des caractères éthniques, sont à côté des faits et ne s'appuient que sur des observations erronées ou incomplètes. Les caractères ethniques sont justement tels, choisis comme tels, parce qu'ils ont été reconnus comme au moins peu susceptibles de varier sous l'influence des changements de milieu. Contester leur valeur héréditaire, c'est contester leur valeur ethnique et nier l'existence même de races dans le sein de l'humanité. C'est faire une pétition de principe, puisqu'on ne peut pas citer de caractères de race plus constants qu'eux, et que leur constance est prouvée par les milliers de crânes de tout âge mesurés depuis tant d'années par les ethnologistes. Certaines influences, celles de la culture en particulier, modifient la forme du crâne ; le développement de l'intelligence qui l'élargit fait élever l'indice céphalique, mais il n'en réduit pas la longueur absolue du diamètre antéro-postérieur.

Et la seule conséquence à retirer de ce changement qu'on peut suivre à travers les âges, c'est que les races humaines évoluent comme tout, et que les plus anciennes ne sont pas identifiables aux récentes. Il n'en résulte nullement qu'elles se transforment l'une dans l'autre. Chaque fois qu'une race perd ses caractères, change sur place, on peut affirmer d'avance, contrairement à ce que dit M. Bloch, qu'il y a eu des mélanges, introduction d'éléments nouveaux. Et cela ne se prouve pas seulement par les caractères de crânes nouveaux recueillis dans les sépultures, caractères qui se rapportent à des races différentss, étrangères auparavant au pays et qui nous sont généralement connues d'avance ; mais encore par le matériel qui les accompagne, la civilisation, l'industrie introduite avec eux et qui nous permet le plus souvent de fixer leur origine.

Pour la Russie cette démonstration de l'origine étrangère des premiers brachycéphales a été faite, il y a longtemps. Il y en a dont l'arrivée récente a eu lieu en pleine histoire. — M. Bloch nous a parlé d'un élément sémitique, qui se serait formé spontanément au Japon. Les sémites n'ont pas les cheveux durs, la peau jaune des Mongols. Ces prétendus sémites japonais représentent tout bonnement la descendance de turco-tartares à nez convexe, qui sont venus au Japon par la Corée, à une époque que nous pouvons presque fixer. On en retrouve la traînée en Corée, en Mandchourie, etc.

En déterminant ainsi avec tant de sûreté de telles migrations et de tels mélanges, l'ethnologie tout entière est une démonstration de l'erreur de ceux qui nient la valeur des caractères qu'elle étudie et l'utilité de cette étude.

M. Beauvais, chancelier du consulat de France à Lang-Tchéou, envoie pour le musée de la société une très jolie collection de chaussures portées dans le sud de la Chine. Il a de plus adressé à M. Zaborowski trois documents photographiques de la plus haute valeur. L'un deux est le portrait d'une femme Miao-Tsé. C'est le premier portrait d'individu de cette curieuse race qu'on possède en Europe. Z.

REVUE de DERMATOLOGIE et de SYPHILIGRAPHIE

Rédacteur spécial: Dr Paul RAYMOND

I. Traité de dermatologie; par Hallopeau et Leredde (Paris, J.-B Baillière, 1900.)

I. — Après nous avoir donné un excellent traité de pathologie générale que des générations d'étudiants ont consulté avec profit, M. Hallopeau présente aujourd'hui au public médical un traité de dermatologie que sa longue pratique de Saint-Louis, sa vaste érudition, son esprit chercheur et son sens critique devaient rendre en tout point parfait. M. Hallopeau a su, en outre, choisir parmi les travailleurs qui se pressent autour de lui, un dermatologiste des plus distingués, rompu aux difficultés du microscope et, de cette collaboration avec M. Leredde, est né ce traité, un traité français de dermatologie, l'oiseau rare.

Je viens de faire allusion aux travaux antérieurs de M. Hallopeau : ils lui ont servi, et l'on trouvera dans ce livre des idées générales que l'on n'est plus guère habitué à trouver dans les traités de dermatologie, à cette heure où il semble qu'il suffise de compter les papules d'un malade pour faire œuvre de dermatologiste. Puissent ceux qui écriront après M. Hallopeau suivre son exemple et revenir aux traditions de l'école française, qui sont les vraies, quoi qu'on en pense: c'est aux lumières de la pathologie générale que doit s'éclairer la dermatologie.

Dans leur classifiation même, MM. Hallopeau et Leredde, pénétrés de l'importance de cette notion, ont pris pour base l'étiologie, et si l'on songe aux difficultés qu'ils ont dû rencontrer, on ne peut que les féliciter d'avoir abordé une tâche aussi ardue. L'avenir pourra modifier leurs conceptions, mais une telle tentative n'en présente pas moins une importance considérable : c'est la voie ouverte aux classifications réellement scientifiques.

Après un chapitre sur l'anatomie et la physiologie de la peau, les auteurs consacrent à la séméiologie, à la pathologie et à la thérapeutique générales des dermatoses des pages où il n'y a qu'à apprendre. Ils arrivent ensuite à la dermatologie spéciale, et, dans une série de chapitres concis, mais complets, ils passent en revue la symptomatologie, le diagnostic, le traitement des affections cutanées. Ainsi qu'ils le disent, ils ont cherché à exposer succinctement, mais aussi complètement que possible, nos connaissances actuelles en dermatologie et à résumer leurs travaux originaux sur cette branche des sciences médicales. MM. Hallopeau et Leredde ont pleinement atteint le but qu'ils s'étaient proposé, et ils ont fait œuvre utile. Ce livre rendra des services non seulement aux étudiants, mais encore à ceux qui se sont plus particulièrement consacrés à l'étude de la dermatologie : des questions bien mises au point et aussi des questions nouvelles et qui prennent place pour la

première fois dans un traité de dermatologie, intéresseront les uns et les autres.

De fort bonnes chromotypographies de Méheux aident à la compréhension du texte et complètent un livre dont je n'ai que du bien à dire à tous égards.

II. — Traitement de la syphilis par les injections mercurielles. Sérum bichloruré du Dr Chéron; par Dieupart. (Paris, Jouve, 1900.)

II. — Hélas, que j'en ai vu mourir... de ces formules d'injections mercurielles, qui avaient la prétention d'être la panacée de la syphilis et qui, elles aussi, n'ont vécu que l'espace d'un matin. En sera-t-il de même de celle que nous recommande, dans sa thèse, M. Dieupart, le sérum bichloruré de Chéron ? Je ne sais, mais je le crains et voici pourquoi :

M. Dieupart se sert de la formule suivante : bichlorure de mercure 0,50, chlorure de sodium 2, acide phénique 2, eau 200, dont il est injecté chaque semaine 20 gr., soit 0,05 de sublimé. L'acide phénique n'étant incorporé que comme analgésique, il n'y a de nouveau dans cette méthode (qui n'est que la vieille formule de Lewin) que la dose à laquelle elle est injectée. Lewin injectait 0,01 de sublimé chaque jour : M. Dieupart injecte 0,05 une fois par semaine.

Jusque-là j'aime mieux la manière de faire de Lewin, car si, dans cette méthode, il faut tenir compte de l'inconvénient résultant de la répétition quotidienne des injections, il faut, dans la méthode Chéron compter avec une dose de 0,05 de sublimé qui, pour n'être pas toxique, je veux bien le reconnaître, n'en doit pas moins inspirer au médecin une certaine crainte. Mais M. Dieupart pense que la quantité de l'excipient qu'il injecte et qu'il appelle sérum parce que composé de 2 gr. de chlorure de sodium pour 200 gr. d'eau, joue le rôle reconstituant du sérum, tandis que vient s'ajouter le rôle spécifique du mercure. C'est là que l'auteur se fait illusion, à mon sens : peut-on penser que 20 gr. de sérum injectés en une semaine puissent avoir une action réelle, et n'avons-nous tous pas vu les syphilitiques traités au mercure, par n'importe quel procédé, accuser l'amélioration dont parle M. Dieupart ?

Si donc on refuse à cette petite variante des injections de sublimé la valeur qu'on a cru devoir lui accorder, on revient aux injections de Lewin et tout ce qu'on en peut dire a été dit. M. Dieupart reconnaît à sa formule le grand avantage de ne nécessiter que quelques injections, 3 à 5 en moyenne, pour faire disparaître les lésions. Mais c'est de cet avantage même que je lui ferai un grief. Voudrait-on soutenir qu'un syphilitique puisse être guéri par 0,20 de sublimé ? Il faut donc continuer les injections le malade étant blanchi. M. Dieupart retombe alors dans les 40 injections qu'il reproche à la méthode de Lewin ou à l'emploi des différents sels solubles. En ce qui concerne ces derniers, je ne puis non plus partager l'opinion de l'auteur qui les conseille exclusivement; je ne reviendrai pas sur cette question que j'ai traitée dans des travaux antérieurs, mais j'estime, aujourd'hui comme autrefois, que les sels solubles ont comme les sels insolubles leurs indications et leurs contre-indications (1).

III. — Beitrage zur Syphilis-Forschung; par Von Niessen. (Wiesbaden, 1900).

III. — Sous la direction de M. Von Niessen paraît une publication périodique réservée à l'étude de la syphilis et plus particulièrement de son étiologie et de sa prophylaxie. Publiées en deux langues, allemand et français, et si l'occasion s'en présente, en anglais et en russe, ces études seront demandées à tous ceux qu'intéresse la syphiligraphie. La première étude, due à M. Von Niessen lui-même, est divisée en deux chapitres portant comme titre, le premier : Le contage de la syphilis; un procédé sûr pour cultiver l'agent de la syphilis dans le sang; et le second : une méthode sûre et simple de culture des gonocoques.

IV. — Imperfect or deficient urinary excretion as observed in connection with certain diseases of the skin: par Duncan Bulkley. (*Concord*, 1900.)

IV. — En examinant l'urine de 2.000 malades atteints d'affections cutanées diverses, M. Duncan Bulkley reprenant ses travaux antérieurs sur les relations qui existent entre la composition de l'urine et les dermatoses, a pu remarquer un certain nombre de particularités intéressantes.

Dans l'eczéma, la composition de l'urine est presque toujours anormale ; la densité est augmentée (1023), les chlorures sont diminués de près de moitié ainsi que les phosphates. La proportion d'urée est très variable.

L'acné est presque toujours associée à des troubles de l'assimilation. Ici encore la densité de l'urine est accrue et cela de par l'augmentation des sels.

Dans le prurit, l'acidité est au-dessus de la normale, mais contrairement à son attente, l'auteur n'a pas remarqué que l'urine contînt du sucre.

Dans le psoriasis, l'acidité de l'urine est aussi augmentée : l'oxalate de chaux, l'acide urique et les urates sont abondants.

Ainsi que le reconnaît l'auteur, les résultats obtenus ne sont pas assez concordants pour que l'on puisse établir les rapports qui existent entre la composition de l'urine et les précédentes dermatoses, mais ils suffisent à montrer que ces dermatoses s'accompagnent de modifications urinaires et qu'il faut tenir compte en dermatologie de ces troubles de la nutrition et des échanges. Rares sont les malades qui présentent une urine normale.

(1) *Gaz. des hôp*, 1892, p. 741.

CORRESPONDANCE

Opothérapie surrénale.

Nous avons reçu la lettre suivante :

« Monsieur le Rédacteur et cher Confrère,

« Je vous prie d'avoir la bonté de m'accorder l'hospitalité de votre journal pour la lettre-circulaire suivante :

« Le soussigné, qui depuis quelque temps s'occupe de recherches dans le domaine de l'opothérapie surrénale, spécialement sur l'emploi de la substance de capsules surrénales dans les maladies organiques du cœur (voir The Use of the Supravenal Capsules in Diseases of the Heart, *New-York Médical Journal*, 6 octobre 1900, p. 581 à 585), serait bien reconnaissant si quelques-uns des lecteurs de ce journal voulaient avoir la bonté de lui envoyer, à l'adresse ci-après, des rapports de cas observés de cet ordre contenant des observations ; 1° Sur la condition du cœur et du pouls, sur la fréquence du pouls, etc., avant l'administration du remède ; 2° sur l'action de 0 gr. 20 centigr. de poudre surrénale desséchée (" Supravenal Capsules, desiccated "), en capsules légèrement remplies, dans les dix minutes après que le malade l'a mâchée et l'a avalée *sans eau*. »

« Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, avec mes remerciements anticipés, l'expression de mes sentiments confraternels.

« Prière d'adresser les réponses, à 218 East 46 th St, New-York, N. Y., U. S. A.

« New-York, le 9 février 1901.

« Dr S. Floersheim. »

Les mangeurs de sel, a Londres. — Depuis que les Anglais ont lu dans les journaux d'Amérique et d'Angleterre, que le sel était une panacée, une sorte d'élixir de longue vie, la consommation du sel a considérablement augmenté dans tous les restaurants de Londres. Un journaliste anglais a parcouru les principaux restaurants de la Cité, du West-End et de Cheapside : partout les patrons déclarent que les salières se vident en un clin d'œil. Il leur faut maintenant faire remplir plusieurs fois par jour ces petits récipients qui, d'ordinaire, n'étaient jamais vides à la fin de la journée. Bien mieux, un restaurateur de Leicester Square déclare que, samedi dernier, il a complètement manqué de sel dans la soirée, et qu'il s'est ainsi trouvé fort gêné. Des habitués de grands restaurants ne cessent de demander aux patrons de servir plusieurs fois par semaine des plats très salés, tels que du « pickled pork » et des « bloaters ». C'est une rage, une furie. A Londres, pour le moment, tout est au sel; le sel est devenu le roi des substances comestibles. (*La France.*) — Et pourtant de nombreux habitants de Londres se sont vivement plaint que, durant l'Exposition de 1900, les notes des restaurants parisiens étaient trop salées.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des maladies des voies respiratoires par l'hélénine.

L'hélénine, principe actif de l'aunée, jouit de propriétés physiologiques qui ont permis d'en faire un emploi des plus utiles en thérapeutique générale et dans celle des voies respiratoires en particulier. Le Dr de Korab a depuis longtemps mis en lumière les précieux effets de ce principe médicamenteux. Puissant modérateur des réflexes, il calme les toux les plus rebelles, et son action eupeptique et modératrice de la nutrition permet, par son administration, d'éviter l'anorexie et les troubles digestifs que ne tardent pas à déterminer les dérivés de l'opium et les autres calmants. Le pouvoir modificateur des sécrétions que possède l'hélénine explique son efficacité remarquable quand on l'administre dans les bronchites chroniques, et la rapidité avec laquelle elle diminue et modifie l'expectoration. Son action antibacillaire est, en outre, nettement établie, et son usage peut rendre les plus utiles services dans le traitement médicamenteux de la tuberculose pulmonaire.

Le mode d'emploi de ce précieux agent thérapeutique consiste dans la prescription de 3 à 5 globules d'hélénine du Dr de Korab, administrés à intervalles réguliers, même au moment des repas. Rappelons encore que l'hélénine ne borne pas son action aux voies respiratoires, et que Parisot et Hamonic l'ont employée avec succès dans le traitement des leucorrhées.

VARIA

Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie.

(*IIIe Session. — Nantes. — Septembre* 1901.)

La IIIe session du Congrès périodique national de *gynécologie*, d'*obstétrique* et de *pédiatrie* aura lieu cette année à Nantes et s'ouvrira le 23 septembre 1901, sous la présidence générale de M. le Dr Sevestre, médecin des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de Médecine (section de pédiatrie), et la présidence de MM. les Drs Segond, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris, pour la section de gynécologie, et Queirel, professeur à l'École de médecine de Marseille, chirurgien en chef de la Maternité, pour la section d'obstétrique. Toute personne pourra se faire inscrire comme membre du Congrès, moyennant une cotisation de 20 francs (cette cotisation est réduite à 10 francs pour les étudiants en médecine).

Les membres souscripteurs auront droit à toutes les publications du Congrès et recevront, avant l'ouverture de la session, un exemplaire imprimé de tous les rapports sur les questions mises à l'ordre du jour. Ils auront droit de participer à toutes les réunions, fêtes, excursions organisées par le Comité local.

Les *questions qui feront l'objet d'un rapport* ont été arrêtées, comme suit, entre le secrétaire général et les présidents des sections :

Gynécologie : 1° De l'antéflexion utérine congénitale, comme cause de stérilité, et de son traitement. Rapporteur : Dr Baudron, accoucheur des hôpitaux de Paris; — 2° Des causes qui favorisent la grossesse ectopique : Rapporteur Dr Varnier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur des hôpitaux de Paris. — 3° De la dystocie par fibrômes; Rapporteur : Dr Boursier, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux.

Obstétrique : 1° De la rupture utérine; Rapporteur : Dr Varnier; 2° De l'inversion utérine, traitement; Rapporteur : Dr Oui, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lille; 3° Du sort des prématurés : Rapporteur : MM. Couvelaire, interne à la Maternité de Paris; 4° Des vomissements incoercibles de la grossesse; Rapporteur : Dr Hugé, de Nantes; 5° Sur la mensuration radiographique du bassin; Rapporteur : Dr Morin, de Nantes.

Pédiatrie : 1° De l'arthritisme chez les enfants; Rapporteur, Dr Comby, médecin des hôpitaux de Paris (Enfants malades); 2° Des manifestations méningées, au cours des infections digestives dans l'enfance; Rapporteur : Dr Louis Guinon, médecin de l'hôpital Trousseau, Paris; 3° Des albuminuries intermittentes chez l'enfant; Rapporteur : Dr Méry, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris; 4° La défense de l'enfance (puériculture, allaitement, sevrage); Rapporteur : Dr Ollive, professeur à l'École de médecine de Nantes, médecin des hôpitaux; 5° Des méthodes conservatrices dans le traitement des tuberculoses locales; Rapporteur : Dr Poisson, professeur à l'École de médecine de Nantes, chirurgien de l'hôpital marin de Pen-Bron; 6° De la scoliose, son traitement par la kinésithérapie; Rapporteur : Dr Saquet, de Nantes.

Nouveaux hôpitaux.

Nous avons, à différentes reprises, entretenu nos lecteurs des trois nouveaux hôpitaux destinés aux enfants malades, en remplacement de l'hôpital Trousseau, désaffecté. De ces trois établissements, l'un, l'hôpital Bretonneau, rue Etex, à Montmartre, a été mis en service dès vendredi matin. Avec toutes les précautions possibles, quatre omnibus de l'Assistance ont été chercher les petits malades à l'ancien hôpital Trousseau, pour les conduire rue Etex.

Le nouvel hôpital Trousseau, rue Michel-Bizot, sera mis en service le 15 mars prochain. Quant à l'hôpital Hérold, place du Danube, quoiqu'il soit aujourd'hui complètement terminé, la date de sa mise en service n'est pas encore fixée. La cérémonie d'inauguration aura lieu dans quelque temps par le Président de la République qui ira visiter les trois nouveaux établissements hospitaliers. Ajoutons que le service médical de l'hôpital Bretonneau est assuré par les Drs Sevestre, Josias et Felizet. M. le Dr Napias, directeur de l'Assistance publique, assistait à la réception des petits malades à l'hôpital Bretonneau. (*La Nouvelle Presse*, du 3 mars 1901.)

Les laïques à l'hôpital d'Évreux.

Comment se fait-il, si les religieuses ont seules toutes les qualités, toutes les vertus et toutes les aptitudes, toutes connaissances qui distinguent les bonnes infirmières, que le service de la maternité à l'hôpital d'Evreux soit confié à une *infirmière laïque* ? Les religieuses n'auraient-elles plus toutes les compétences? Inutile d'ajouter que cette infirmière laïque s'acquitte de sa mission avec autant de zèle et d'intelligence que ses collègues en cornette. Mais à quoi bon insister. Est-ce qu'il n'y a pas longtemps déjà que toutes ces choses ont été surabondamment démontrées? (*Le Progrès de l'Eure*, 19 février 1901.)

Tout le monde sait — ou devrait savoir — que les soins directs sont donnés aux malades par des infirmiers ou des infirmières laïques ; que les statuts de la plupart des congrégations religieuses défendent à leurs membres de soigner les vénériennes et les femmes en couches; que les médecins, dans des hôpitaux-hospices de province, pour éviter des discussions, déguisent la véritable nature de la maladie et qu'une sage-femme de la ville s'occupe des femmes en couches avec l'aide d'une infirmière laïque.

Exposition de l'Enfance à travers les âges.

L'Exposition s'ouvrant le 1er avril, nous informons nos lecteurs qui désireraient exposer pour la médecine ou l'hygiène de l'enfance, qu'ils doivent déposer ou adresser leurs travaux et objets au Petit Palais, à partir du 15 mars, avec cette suscription : « *Exposition de l'Enfance à travers les âges. Bibliothèque. Petit Palais.* »

En raison de l'importance du catalogue, les auteurs sont priés d'envoyer, dès à présent, le titre de leurs ouvrages, à *Mme Jeanne Leroy-Allais* (31, boulevard du Port-Royal, Paris).

Police et prostitution.

Les journaux politiques ont parlé des *Scandales de la police* à Lyon, et des actes singuliers du chef de division, M. Meyer, qui vient d'être arrêté à la suite d'une discussion au Conseil municipal de Lyon. L'un des membres de cette assemblée a cité, entre autres, le fait suivant :

« M. Appleton relata un autre fait accablant pour M. Meyer au

sujet de la caisse spéciale des filles soumises. Cette caisse, alimentée par les filles elles-mêmes, produit annuellement une somme de 28,000 francs. Sur cette somme, 8,000 francs sont répartis à titre d'indemnité aux quatre médecins chargés de ce service. Quant aux 20,000 francs restant, on ne sait où ils passent. »

Cette exploitation abominable, qui n'est pas spéciale à la police de Lyon, montre ce qu'est la Prostitution réglementée.

Une pension aux sauveteurs.

M. Georges Berry vient de soumettre à la Chambre une proposition de loi, tendant à accorder une pension annuelle de 100 francs aux sauveteurs ayant obtenu quatre médailles. Cette proposition part d'un bon naturel, mais le souci qui l'inspire nous paraît plutôt procéder d'un besoin — sans doute inconscient — de réclame électorale que répondre à un but de progrès social. Quand on possède la compétence de M. Georges Berry en matière d'assistance publique, on doit savoir que la nécessité de pensions nationales de 10) francs se fait surtout sentir en faveur des vieillards et des incurables dépourvus de domicile, de secours, et par conséquent exclus du bénéfice éventuel de la loi du 27 mars 1897.

Nous n'ignorons pas que l'honorable député de Paris a prêté son concours à la préparation de la loi organique destinée à assurer l'assistanee obligatoire aux vieux et aux infirmes, mais nous nous permettons de rappeler que cette loi future a des adversaires qui invoquent la pénurie de nos ressources nationales et que, si sa loi était votée avant cette dernière, on pourrait voir un courageux citoyen, déjà honoré comme il convient, pensionné en outre pour avoir repêché quatre pauvres diables qui n'avaient d'autre raison que la misère pour en finir avec la vie. (*Assist. publique.*)

Hommage à la Science française.

L'encombrement résultant de la multiplicité des communications au Congrès de Médecine de 1900, nous a mis dans l'impossibilité d'en faire un compte rendu complet. Malgré le caractère posthume que prend cette tardive publication, nous nous reprocherions de ne pas publier le toast porté, lors du Congrès, à la neurologie et à la psychiatrie françaises par notre distingué collaborateur, le Dr Ladame (de Genève).

Mesdames, Messieurs !

Les cinq années qui viennent de s'écouler nous laissent d'inoubliables souvenirs. Nous venons d'assister, remplis d'admiration, à l'épanouissement d'une gerbe neurologique, dans la série de nos séances, dont le programme nous avait causé quelque inquiétude.

Ce magnifique résultat est dû, avant tout, au Comité d'organisation de la section de Neurologie. Il fallait ce *labor improbus* des hommes éminents qui le composent pour vaincre les difficultés sans nombre de la tâche écrasante qu'il s'agissait d'accomplir.

Mais il fallait autre chose aussi pour un pareil succès de cette entreprise. Il fallait une préparation bien autrement considérable, dont les racines profondes sont dans le passé; il fallait les travaux créateurs de l'école française de psychiatrie et de neurologie du dix-neuvième siècle tout entier.

Derrière les Raymond, les Magnan, les Joffroy, les Pierret, les Dejerine, les Brissaud, les Grasset, les Pitres, les Bourneville, les Féré, les Richer, les Ballet et les autres membres du Comité, qui sont tous des illustrations de cette école, se dressent les grandes figures de Charcot (dont nous avons le bonheur de remporter l'image avec nous, grâce à la charmante surprise que nous avons trouvé dans nos serviettes), de Vulpian et de Duchenne (de Boulogne); plus loin sur celles de Broca, de Lasègue, de Claude-Bernard et de Brown-Séquard; plus loin encore s'estampent les ombres illustres de Pinel, d'Esquirol ou de leurs élèves qui ont ouvert la voie des recherches scientifiques en Neuropathologie à l'aurore de notre siècle.

J'ai réservé le nom de notre secrétaire général, Pierre Marie, que je prononce avec un sentiment de vive sympathie. Nous l'avons vu à l'œuvre et nous savons qu'il a fait acte d'héroïsme, en prenant une part active et dévouée au Congrès, au milieu de circonstances douloureuses. Voilà les hommes auxquels nous devons surtout la réussite du Congrès.

Empruntons au professeur Flechsig une comparaison tirée de l'anatomie cérébrale, qu'il n'hésiterait pas sans doute à accepter, on pourrait considérer l'*Ecole française* comme le grand centre d'association antérieure de la Neurologie européenne. Mais on serait forcé de reconnaître que les fibres de projection n'y font pas défaut, car la gloire de cette école projette ses rayons lumineux sur le monde entier.

Je lève mon verre à la Psychiatrie et à la Neurologie françaises, si heureusement personnifiées aujourd'hui par notre cher et éminent président M. Raymond !

Concurrence déloyale.

Le Dr Henry Labonne, qui était directeur de la Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, fut remplacé dans ses fonctions, au mois de juillet dernier. Bien que resté dans la maison comme associé commanditaire, il jugea bon de fonder une maison concurrente, rue de Seine, sous le nom de « Journal d'Edition française ».

Mais, pour la publicité de son nouveau commerce, il se servit d'imprimés et de documents émanant de la Société d'éditions et créa ainsi une confusion dans la clientèle de cette maison.

Poursuivi devant le tribunal de commerce pour concurrence déloyale, M. Labonne vient d'être condamné à 1.500 francs de dommages-intérêts et aux dépens. Il lui est en outre interdit d'exploiter une maison d'édition sous le vocable de « l'Edition française » ou toute autre de nature à créer une confusion avec la Société d'éditions scientifiques et de se servir de documents ou imprimés appartenant à son ancienne Société. Me Louis Deshayes a plaidé pour la Société d'éditions, et Me Richardière, agréé, pour M. H. Labonne. (*La Petite République* du 1er mars 1901.)

Roger CATINEAU.

Les épidémies.

La peste. — D'après des nouvelles du Cap, depuis le commencement de l'épidémie de peste, 31 personnes, dont 6 Européens, ont été atteintes ; 6 décès se sont produits, dont celui de 1 Européen. 24 personnes sont en traitement. Plusieurs, dont 1 Européen, sont dans un état très grave. On signale de nombreux eas nouveaux ; 159 personnes qui ont été en contact avec des pestiférés sont en observation ; parmi elles se trouvent 25 Européens. (*Débats.*) — On télégraphie de Bombay au *Times*, à la date du 26 février, que depuis deux jours il s'est produit 800 décès à Bombay, dont 400 sont dus à la peste.

A la Chambre des députés française, M. Georges Berry a posé une question à propos de l'épidémie de peste qui a éclaté dans l'Afrique du sud. D'après l'orateur, l'Angleterre n'a pris aucune précaution pour empêcher le fléau de pénétrer en Europe. Il demande au ministre de l'Intérieur si des mesures ont été prises en France.

La variole à Glascow. — D'après la *Nouvelle Presse*, on fait des efforts herculéens, à Glascow, pour combattre l'épidémie de variole qui y sévit. 240.000 personnes ont déjà été vaccinées aux frais de la ville.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 11. — *Médecine opératoire* N. R. : MM. Broca (Aug.), Lejars, Sébilleau. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R : MM. Segond, Poirier, Varnier. — A. R. : MM. Jalaguier, Rémy, Lepage. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Legueu, Delens, Mauclaire. — (2e *série*) : Reclus, Varnier, Walther. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Gaucher, Méry.

MARDI 12. — *Médecine opératoire* A. R. : MM. Le Dentu, Schwartz, Faure. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) N. R. : MM. Letulle, Hanriot, Roger. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Retterer, Gley, Desgrez. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Quénu, Bonnaire, Thiéry. — Oral. (1re *partie*). A. R. (1re *série*) : MM. Richelot, Ricard, Wallich. — (1re *partie*). Oral. N. R. : (1re *série*) : MM. Maygrier, Poirier, Albarran. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Gilbert, Langlois, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Campenon, Ricard. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Chauffard, Ménétrier, Thiroloix. — (2e *série*) : MM. Raymond, Hallopeau, Marfan.

MERCREDI 13. — *Médecine opératoire.* N. R. : MM. Segond, Poirier, Mauclaire. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. (1re *série*) : MM. Pinard, Walther, Lejars. — (2e *série*) : MM. Reclus, Varnier, Legueu. — (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Delens, Broca (Aug.), Lepage. — (2e *partie*). A. R. : MM. Netter, Gaucher,

Gilles de la Tourette. — 4e de Doctorat N. R. : MM. Pouchet, Joffroy, Wurtz.

VENDREDI 15. — *Médecine opératoire* A. R. : MM. Walther, Delens, Sébileau.— 1er *de Doctorat*. Oral. : MM. Rémy, Poirier, Retterer. — 4e *de Doctorat* N. R. : MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Legueu, Reynier, Mauclaire. — (2e *série*) : MM. Reclus, Jalaguier, Lejars. — (2e *partie*). : MM. Hayem, Brissaud, Tessier. — (1re *partie*). Obstétrique. : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 16. — *Médecine opératoire*. N. R. : MM. Quénu, Ricard, Thiéry.—3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. : MM.Blanchard, Letulle, Widal. — Oral. N. R. : MM. Hallopeau, Roger, Ménétrier. — (2e *partie*). A. R. : MM. Gilbert, Achard, Marfan. — 4e *de Doctorat* A. R : MM. Pouchet, Vaquez, Dupré. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Le Dentu, Richelot, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Debove, Chauffard, Troisier.— (1re *partie*). Obstétrique : MM. Maygrier, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MARDI 12. — M. Fortin. De la phonendoscopie. Etude phonendoscopique de la rate. — M. Roques. La médecine des accidents et les hôpitaux des corporations industrielles en Allemagne. — M. Mélin. Contribution à l'étude des complications broncho-pulmonaires de la rougeole. (Etudes bactériologiques.) — M. Pannetier. Contribution à l'étude de l'accouchement chez les primipares très jeunes. — M. Henriot. De la conduite à tenir en cas de fœtus mort pendant la grossesse. — M. Renaut. Contribution à l'étude de l'alcoolisme congénital au point de vue expérimental et clinique.

MERCREDI 13. — M. Capelle. Contribution à l'étude du lupus érythémateux des muqueuses. — M. Cholet. L'orchite des typhiques. — M. Grenie. Etude sur le molluscum pendulum. — M. Besson. Contribution à l'étude du cancer de l'ombilic. — Mlle Cohn. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie des nodosités des cornes utérines d'origine salpingienne.

Enseignement médical libre.

Cours d'ophtalmologie. — Le Dr A. TERSON, le jeudi, à 5 heures : *Traitement médical et chirurgical des maladies des yeux*. Exercices opératoires après les leçons de chirurgie. — Le cours est gratuit. — S'inscrire *à l'avance* (ou par lettre), tous les jours, de 1 à 2 heures, 52, rue Jacob.

Technique histologique et histologie. — M. J. JOLLY commencera, le mardi 16 avril 1901, au Laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe, rue des Ecoles), une série de conférences pratiques sur la technique histologique et l'histologie. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures.

Cours public et gratuit d'anatomie. — M. le Dr J.-A. FORT commencera ce Cours le lundi 11 mars à 4 heures dans l'amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté; il le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. — La première leçon sera : *Le plastron Chondro-sternal et ses rapports, au point de vue médical et chirurgical.*

FORMULES

XVIII. — Contre la stomatite érythémateuse des enfants.

Chlorate de potasse.	5 grammes.
Bicarbonate de soude.	5 —
Eau bouillie.	150 —

Pour laver la bouche avec un tampon de coton hydrophile. Si la maladie s'aggrave, toucher les points qui suppurent avec un pinceau imprégné du collutoire.

Teinture d'iode.	10 grammes.
Glycérine.	20 —

Et si la bouche est douloureuse, on touchera légèrement avec :

Chlorate de potasse en poudre. . .	10 grammes.
Sirop de mûres.	30 —
Teinture d'opium	0 gr. 10

(Comby).

XIX. — Contre l'anémie.

Arsénio-citrate de fer ammoniacal. .	0 gr. 35
Eau distillée stérilisée.	10 —

Injecter tous les deux ou trois jours le contenu d'une seringue Pravaz. (*Bull. génér. de thérap.*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 24 fév. au samedi 2 mars 1901, les naissances ont été au nombre de 1.243 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 468, illégitimes, 167. Total, 635. — *Sexe féminin* : légitimes, 457, illégitimes, 151. Total, 608.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 24 février au samedi 2 mars 1901, les décès ont été au nombre de 1231, savoir : 649 hommes et 582 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 0, F. 4, T. 4. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 3, F. 6, T. 9. — Rougeole : M. 5, F. 4, T. 9. — Scarlatine : M. 3, F. 2, T. 5. — Coqueluche : M. 4, F. 5, T. 9. — Diphtérie et Croup : M.6, F. 7, T.13. — Grippe : M. 14, F. 14, T. 28. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0.— Choléra nostras : M.0, F. 0, T. 0, — Autres maladies épidémiques : M. 1, F, 1, T. 2. — Tuberculose des poumons : M. 157, F. 99, T, 256. — Tuberculose des méninges : M. 13, F. 17, T. 30. — Autres tuberculoses : M. 5, F. 7, T. 12. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 30, F. 32, T. 62. — Méningite simple : M. 11, F. 8, T. 19. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 39, F. 26, T. 65. — Maladie organique du cœur : M. 42, F, 45, T. 87. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 8, T. 22. — Bronchite chronique : M. 19, F. 23, T. 42. — Pneumonie : M. 30, F. 36, T. 66. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 66. F. 73, T. 139. — Affection de l'estomac (cancer exc.) : M. 2, F. 2, T. 4. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 2, F. 2, T. 4; autre alimentation, M. 10, F. 10, T. 20 — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Hernies, obstruction intestinale : M. 6, F. 3. T. 9. — Cirrhose du foie : M. 8, F. 1, T. 9. — Néphrite et mal de Bright : M. 24, F. 7, T. 31. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 3, T. 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 25, F. 17, T. 42. — Débilité sénile : M. 25, F. 41, T. 66. — Morts violentes : M. 10, F. 8, T. 18. — Suicides : M. 4, F. 5, T. 9. — Autres maladies : M. 65, F. 55, T. 120. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 13, F. 10, T. 23.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 69, qui se décomposent ainsi *: Sexe masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 13. Total : 35. — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 9, Total : 34.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours de clinique des Maladies des Enfants.* — M. le Pr Grancher reprendra son Cours de clinique des maladies infantiles le mercredi 20 mars 1901, à 4 heures de l'après-midi (Hôpital des Enfants-Malades), et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure. Les Cours complémentaires continueront comme pour le semestre d'hiver.

Cours de Pharmacologie et Matière Médicale. (Conférences pratiques de Pharmacographie et de Pharmacognosie). — M. le Pr Gabriel Pouchet a repris les Conférences pratiques de Pharmacographie et de Pharmacognosie, le jeudi 7 mars 1901 à 5 heures, (amphithéâtre de Pharmacologie), et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. *Objet* : Etude du Droguier; Exercices pratiques de reconnaissance et de détermination des drogues simples et composées; Etudes de leurs propriétés toxiques et médicamenteuses : Applications aux Sciences médicales.— MM. les Etudiants seront exercés individuellement et à tour de rôle, à la reconnaissance et à l'étude des substances médicamenteuses et toxiques, ainsi qu'à l'art de formuler.

Cours d'Hygiène. — M. le Pr Proust a commencé le Cours d'Hygiène le jeudi 7 mars 1901, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours de Médecine Opératoire. — M. le Pr Paul Berger commencera le Cours de Médecine opératoire le samedi 9 mars 1901, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. *Objet du Cours* : Chirurgie orthopédique.

Cours de Pathologie et de Thérapeutique générales. — M. Achard, agrégé, chargé de Cours, commencera le Cours de Pathologie et de Thérapeutique générales le samedi 9 mars 1901, à 5 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de Pathologie interne. — M. le Pr Brissaud commencera le Cours de Pathologie interne le samedi 9 mars 1901, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours complémentaire d'Accouchements. — M. Varnier, agrégé, commencera le Cours complémentaire d'Accouchements le samedi 9 mars 1901, à 6 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours élémentaire de Médecine opératoire. — M. Hartmann, agrégé, Sous-Directeur des Travaux de Médecine opératoire, a commencé ce Cours le vendredi 8 mars 1901, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — *Programme du Cours* : Médecine opératoire et Thérapeutique chirurgicale des maladies de l'appareil génito-urinaire de l'homme.

Conférences d'Anatomie. — M. Thiéry, agrégé, a commencé ces Conférences le vendredi 8 mars 1901, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Conférences de Physiologie. — M. Langlois, agrégé, a commencé ces Conférences le Vendredi 8 mars 1901, à 4 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Conférences de Physique médicale. — M. Broca (André), agrégé, commencera les Conférences de physique médicale, le lundi 11 Mars 1901, à 5 heures (Amphithéâtre de Physique et de Chimie de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours libres autorisés pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1900-1901, par le Conseil de l'Université de Paris, le 11 février 1901. — Psychologie physiologique et pathologie. Les applications cliniques de l'hypnotisme. M. le Dr Bérillon commencera le cours le lundi 22 avril 1901, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier) et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. — M. le Dr Boureau commencera le cours le jeudi 18 avril 1901, à 8 h. 1/2 (Amphithéâtre Cruveilhier) et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Leçons de thérapeutique oculaire basée sur les découvertes les plus récentes. — M. le Dr Darier commencera le cours le mercredi 17 avril 1901, à 1 h. 1/2 (Amphithéâtre Cruveilhier) et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Anatomie topographique. — M. le Dr J.-A Fort commencera le cours le lundi 11 mars 1901, à 4 heures (Amphithéâtre Cruveilhier) et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Electrothérapie et Radiographie : Galvanisation; Faradisation; Franklinisation; Vibrothérapie; Rayons X; Haute Fréquence. — M. le Dr Foveau de Courmelles commencera le cours le lundi 22 avril 1901, à 6 heures (Amphithéâtre Cruveilhier) et le continuera les lundis suivants à la même heure.

Les maladies de la prostate. — M. le Dr Guépin commencera le cours le jeudi 18 avril 1901, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier) et le continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours d'Anthropologie.* M. E.-T. Hamy, Professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le mardi 19 mars 1901, à 3 heures, dans l'Amphithéâtre des nouvelles Galeries, rue de Buffon, 2, et le continuera les samedis, Mardis et Jeudis suivants, à la même heure. Les leçons de cette année seront consacrées à l'étude de l'Anthropologie de l'Asie et de ses dépendances. Le Professeur insistera plus particulièrement sur l'étude des races de l'Extrême-Orient, Chine, Indo-Chine, etc.

Cours de Botanique. (Classifications et Familles naturelles). — M. Edouard Bureau, Professeur, commencera ce Cours le mercredi 20 mars 1901, à une heure, dans l'Amphithéatre de la Galerie de Géologie. Il traitera, comme les années précédentes, des plantes fossiles et des plantes vivantes, dans deux séries de leçons qui seront le complément l'une de l'autre. — *1re Partie* : Plantes fossiles. Le Professeur continuera à traiter de la succession des flores dans les temps et des caractères fournis par le règne végétal pour la distinction des époques géologiques. Il examinera principalement les flores de la fin de la période primaire et celles de la période secondaire. Ces leçons auront lieu tous les mercredis, à 1 heure, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Géologie. — *2e Partie* : Plantes vivantes. Les leçons porteront sur les familles de plantes dicotylédones à pétales. Elles commenceront le vendredi 3 mai, à 1 heure, et se continueront les lundis et vendredis suivants. Elles auront lieu dans la salle de Cours, rue de Buffon, 63. Des herborisations seront annoncées par les affiches particulières.

Cours de Minéralogie. — M. A. Lacroix, Professeur, commencera ce Cours le vendredi 15 mars 1901, à 4 h. 3/4, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Minéralogie, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Le Professeur traitera de la minéralogie de Madagascar et de la Nouvelle-Calédonie. Après avoir exposé dans ses grands traits la constitution minéralogique de ces deux colonies, il passera successivement en revue les minéraux de leurs roches éruptives, métamorphiques, sédimentaires et enfin de leurs gîtes métallifères, en insistant surtout sur ceux qui ont un intérêt théorique ou une utilité pratique. Des conférences, destinées à développer quelques parties du Cours, auront lieu au Laboratoire de Minéralogie, rue de Buffon, 61, les jeudis, à 10 heures du matin, à partir du 21 mars 1901.

Asiles d'aliénés. — *Concours pour la nomination à deux places d'Interne en Médecine à l'Asile d'Aliénés de Clermont (Oise).* — Le Concours sera ouvert à 9 heures précises, à Clermont, à la Sous-Préfecture, le 12 mars 1901. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à l'Asile de Clermont, Bureau de la Direction, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures du soir.

Concours de médecin des hopitaux. — Sujet de la Composition écrite du 4 mars : *Syphilis rénale.* — Questions restées dans l'urne : *Complications pleuro-pulmonaires et Cardiopathies. Péricardites chroniques.*

Concours de chirurgien des hopitaux. — Le Jury provisoire de ce concours est ainsi constitué : MM. Richelot, Panas, Gérard-Marchant, Polaillon, Poirier, Duplay et d'Hailly.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés *officiers de l'Instruction publique* : M. Léger, pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon à Paris; M. le Dr Radais, professeur, agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris; M. Enjolras, directeur de l'hospice d'Ivry; M. Gillet, directeur de l'hôpital de la Charité à Paris — *Officiers d'Académie* : M. Desvignes, pharmacien à Paris; M. Ferré, pharmacien à Paris; M. le Dr Rodolphe, chirurgien dentiste à Paris; M Subra, pharmacien à Toulouse; M. Mathurin, directeur du Laboratoire de la Pharmacie centrale de France; Mlle Meusy, directrice de l'école des arriérés à l'hôpital de la Salpêtrière; M. Mouton, directeur de l'hôpital Laënnec.

Médailles d'honneur. — Sur la proposition du Comité consultatif d'Hygiène publique de France, le Ministre de l'Intérieur, a décerné les distinctions honorifiques ci-après : *Médaille d'Or* : M. le Pr Raoult, doyen de la Faculté des Sciences de Grenoble, membre du Conseil du département de l'Isère. — *Rappel de Médaille d'Or* : M. Gebhart, pharmacien à Epinal, secrétaire de la Commission du département des Vosges. — *Médaille de Vermeil* : M. le Dr Bertin, professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes, membre du Conseil du département de la Loire-Inférieure. — *Médailles d'Argent* : MM. les Drs Woimant, membre du conseil d'arrondissement de Soissons, et Vilcoq, médecin à Château-Thierry (Aisne); M. le Dr Chopinet, médecin-major, secrétaire du Conseil du département des Landes. — *Rappel de Médaille d'Argent* : M. Gandon, vétérinaire, membre du Conseil du département de l'Aisne.

Le voleur de spécialités pharmaceutiques. — Un sieur Mourier, employé dans une grande pharmacie de spécialités, avait trouvé le moyen de tripler ses appointements. Il dérobait quantité de produits et les revendait à des pharmaciens, et même à son patron, assure-t-on, par l'intermédiaire d'un courtier. Mourier se fit enfin pincer, comme il arrive presque toujours, pour avoir voulu pratiquer les vols sur une trop vaste échelle. Et c'est ici que l'histoire devient intéressante. En même temps que l'employé, fut arrêté le courtier et, avec l'aide de celui-ci, on découvrit les pharmaciens, qui achetaient les spécialités dérobées. M. Le Poittevin, juge d'instruction, saisi de cette affaire, devra inculper de complicité tous les « potards », et ils sont nombreux, qui ont bénéficié des vols. Ces pharmaciens, bien que de bonne foi, auraient du se défier des offres du courtier, car les spécialités qu'il leur offrait et qu'ils s'empressaient d'acheter étaient vendues au-dessous des cours. (*Le Français*, du 3 mars 1901).

Association générale des Etudiants de Clermont-Ferrand. — Une nouvelle association générale des étudiants, vient de se fonder à Clermont-Ferrand. (Siège social : 20, place Suguy). Nous souhaitons longue vie et prospérité à cette nouvelle et utile Association, nous rappelant les services que nous a rendus sa devancière en 1888, alors que nous étions élève de l'Ecole de Clermont-Ferrand. — J. Noir.

Société Française d'Hygiène. — Concours pour l'année 1901. — Fidèle à ses traditions de vulgarisation scientifique, la Société Française d'Hygiène, dans sa séance du 8 février 1901, a, sur la proposition de son président, M. le Dr Ladreit de Lacharrière, approuvé la mise au concours pour l'année 1901 de la question suivante : *Que doit-on boire? Boissons bienfaisantes. Boissons à redouter. Falsifications.* La Société affecte à ce

concours une médaille d'or, deux médailles d'argent et trois médailles de bronze. Les mémoires devront être inédits, écrits en français, et ne pas dépasser trente-six pages in-8°. Ils seront remis dans la forme académique avant le 1er octobre 1901, au siège de la Société Française d'Hygiène, 30, rue du Dragon, à Paris.

UNIVERSITÉ DE GENÈVE. — M. le Dr H. Cristiani a été nommé professeur d'hygiène en remplacement de M. le Dr Vincent, démissionnaire.

UN INCENDIE a détruit la crèche et l'orphelinat de l'hospice de Montauban (Tarn-et-Garonne). Trois enfants, l'un âgé de sept ans, l'autre de quatre ans et le troisième âgé de quelques mois à peine, ont péri dans les flammes. Le mobilier et la lingerie ont pu être sauvés. Ce fait montre la nécessité, à laquelle on ne se conforme guère, d'installer dans tous les établissements tous les appareils indispensables pour éteindre promptement les incendies, ainsi que cela existe dans beaucoup d'hôpitaux anglais.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Allemand, ancien député des Basses-Alpes à l'Assemblée nationale, décédé à Digne à l'âge de quatre-vingt-sept ans. Républicain de vieille date, M. Prosper Allemand résista au coup d'Etat du 2 Décembre et fut déporté à raison de sa courageuse attitude. A l'expiration de son exil, il revint dans les Basses-Alpes et exerça à Riez, sa commune natale, la profession de médecin. Il fit preuve d'un dévouement et d'une charité inlassables pendant près de dix-huit années. Au lendemain de la guerre franco-allemande, il fut nommé député des Basses-Alpes aux élections complémentaires du 2 juillet 1871, sans qu'il eût fait acte de candidat, tellement il s'était acquis la reconnaissance et l'estime de ses concitoyens. (*Le Temps*).

HYGIÈNE MILITAIRE. — Il y a, paraît-il, à Rouen, un régiment d'infanterie où, si nous sommes bien renseignés, l'hygiène alimentaire laisse fortement à désirer. On en jugera par ce qui s'est passé il y a environ deux mois. On sait que l'on fait de temps en temps consommer du biscuit, dont le stock s'altérerait en magasin; or, celui que l'on a distribué aux hommes était dans un état tel que des vers se voyaient dans la soupe et que des soldats, n'ayant pas le moyen d'aller à la cantine, ont dû se serrer le ventre pendant quelques jours. Nous osons croire que quelques tournées d'inspection feront améliorer l'ordinaire. (*La Normandie médicale* du 16 février 1901.)

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Pr RAYMOND : *Clinique des maladies du système nerveux.* Mardi et vendredi, à 10 heures. — M. le Dr Jules VOISIN : Conférences sur les maladies mentales et nerveuses, les jeudis, à 10 heures du matin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ (Amphithéâtre Potain). — M. le Dr MAYGRIER, agrégé : *Leçons cliniques d'obstétrique,* jeudi à 10 heures.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Conférences de radiologie médicale.* — M. le Dr A. BÉCLÈRE, le Dimanche à 10 heures du matin (salle de conférences de l'hôpital); nouvelle série de *huit conférences* sur les *premières notions de radiologie,* indispensables à la pratique de la Radioscopie et de la Radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades. — *Exercices pratiques de Radiographie.* Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du Dr Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine, tous frais compris.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr Albert ROBIN, le mercredi à 9 heures et demie, dans l'amphithéâtre des cours de la Pitié, leçons de clinique thérapeutique. — Objet du cours : Maladies organiques de l'estomac.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc.) — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

JACQUIN (G.). — *Epilepsie. Trépanation accidentelle.* Brochure in-8 de 7 pages, avec une figure. — Prix : 0 fr. 30. — Pour nos abonnés. . . . . 0 fr. 20

TCHIRIEW (S.). — Notes cliniques de la section des maladies nerveuses à l'hôpital militaire de Kieff. Brochure in-8 de 14 pages. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . . 0 fr. 35

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

BOUCHARDAT (A. et G.) — Nouveau formulaire magistral précédé d'une notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler; suivi d'un précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles, d'un mémorial thérapeutique, etc. Volume in-18 broché : 3 fr. 50.— Cartonné à l'anglaise.— Prix. . 4 fr.

MORACHE (G.). — La profession médicale, ses devoirs, ses droits. In-18 cartonné de 326 pages. — Pris. . . . . 4 fr.

REVUE PHILOSOPHIQUE. — Sommaire du n° de décembre 1900 : Murisier. Le fanatisme religieux : Etude psychologique. — Bos (C.). Contribution à la théorie psychologique du temps. — Palante. Le dilettantisme social de la philosophie du « Surhomme ». — Dr de Fursac. Travaux sur les sensations internes. — Riquier. A propos du parti de Pascal. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. — Abonnement du 1er janvier : un an, Paris, 30 fr.; département et étranger, 33 fr. La livraison, 3 fr.

Librairie J. RUEFF, 106, boulevard Saint-Germain.

FLEURY (Maurice de). — Recherches cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement. Volume in-8 de 350 pages, avec 42 graphiques.

Librairie VIGOT FRÈRES 23, Place de l'Ecole-de-Médecine.

FRUMERIE (de). — La pratique du massage. Conférences faites aux écoles d'infirmiers et d'infirmières des hôpitaux de Paris (1899-1900). In-18 de 148 pages, avec 31 figures. —Prix. . 2 fr.

GUÉPIN (A.). — L'hypertrophie sénile de la prostate. Vol. in-8 de 158 pages. — Prix . . . . 3 fr.

MOUSSEOS (B.-M.). — Traitement des fièvres pernicieuses en général et de la fièvre hémoglobinurique en particulier. Vol. in-16 de 137 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCC, RUE DE RENNES 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 11. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 16 MARS 1901.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

De l'acuité visuelle au point de vue médico-légal ;

Par M. Alphonse PÉCHIN

En admettant, ce qui est vrai relativement, que la capacité d'un individu à gagner sa vie dépend de l'acuité visuelle physiologique, sans lui être directement proportionnée, et que la majorité des métiers n'a besoin, pour être exercée convenablement, que d'une acuité visuelle professionnelle inférieure à l'acuité visuelle physiologique normale, M. Sulzer (1), sans prendre parti personnellement, n'est pas éloigné de se ranger à l'avis de plusieurs de nos confrère allemands, notamment de MM. Magnus, Maschke et Groenouw.

La loi de 1898 sur les accidents par le travail, visant le degré d'incapacité du travail pour établir le quantum de l'indemnité à accorder, les experts ont la tâche à la fois lourde et délicate de déterminer le degré de cette incapacité. En Allemagne on a institué à ce sujet des principes uniformes et invariables. Mais, en l'espèce, l'uniformité et l'invariabilité me rendent déjà ces principes suspects. En Allemagne, l'expérience a montré que la diminution de la capacité du travail est en rapport plutôt avec la diminution de l'acuité visuelle professionnelle qu'avec la diminution de l'acuité visuelle physiologique ou absolue. Mais c'est là une vérité qu'on n'aura pas de peine à reconnaître partout, elle est élémentaire. En Allemagne on a dressé des tables, des barêmes où l'on peut lire, en face de chaque profession la cote d'acuité visuelle professionnelle et ces barêmes servent à l'évaluation de l'incapacité de travail, et partant à celle de l indemnité. Ces tables reposent sur les affirmations suivantes qui ont une apparente précision mathématique : 1° La limite supérieure de l'acuité visuelle professionnelle d'un métier déterminé est l'acuité visuelle physiologique la plus petite qui permette de se livrer à toutes les occupations de ce métier. 2° La limite inférieure de l'acuité professionnelle est l'acuité physiologique la plus grande qui ne permet plus aucune des occupations de ce métier.

(1) *Société d'Ophtalmologie* de Paris, 8 janvier 1901.

Je doute que ces barêmes puissent, en matière juridique, nous donner des conclusions toujours équitables pour les sinistrés, comme pour les compagnies d'assurances ou les particuliers responsables. M. Sulzer reconnait la difficulté d'établir une formule générale et la nécessité de déterminer la relation entre l'acuité visuelle professionnelle et l'acuité visuelle physiologique dans chaque cas particulier, et en tenant compte des qualités individuelles du sinistré. Or, cette seule considération des qualités individuelles du plaignant fait comprendre combien la question est faite de contingences et de quel service bien relatif seront les chiffres de ces barêmes dans lesquels on allait chercher un chiffre, comme on cherche un quotient dans une table de logarithmes, chiffres qu'il va falloir *apprécier selon les circonstances et selon les individus.*

Ces barêmes sont d'ailleurs faits d'après des statistiques qui ne peuvent avoir elles-mêmes qu'une valeur relative de précision. Le nombre des sujets examinés a-t-il été suffisamment grand, le peut-il être? Entre l'incapacité totale et le commencement de la dépréciation des facultés ou de l'habileté de l'ouvrier, ou même du simple manœuvre, il y a des incapacités intermédiaires qui constituent la majorité des cas et pour lesquels il faudrait des barêmes à l'infini. L'incapacité de l'ouvrier, jugée d'après ces barêmes à un degré fixe d'après lequel le jugement fixant l'indemnité sera rendu, va-t-elle rester telle ou va t-elle s'aggraver en augmentant? Il y a là une question de pronostic qui aura pour base, dans beaucoup de cas, plutôt une interprétation clinique de la lésion oculaire que la fixation d'un degré de vision physiologique ou professionnelle. De par le fait d'un accident, un œil peut être sinistré, mais non suffisamment, aux dires de certains appréciateurs, pour empêcher ou seulement entraver l'exercice d'un métier; par conséquent, il n'y aura pas lieu, en ce cas, d'accorder une indemnité. Etrange jurisprudence. Et comment établira-t on qu'une lésion oculaire réelle, si petite soit-elle, mais suffisante cependant pour motiver une action judiciaire, puisse ne causer aucun dommage réel, pas même une incapacité de travail? N'y a-t-il pas témérité à nier en pareil cas un degré quelconque d'incapacité qui entrainera un dommage réel, et par conséquent donnera lieu à une indemnité

proportionnelle, si tant est qu'on peut établir des proportions ?

Et d'ailleurs, que fait-on du préjudice moral causé au blessé qui se sent en état d'infériorité au moins, s'il n'est pas véritablement atteint dans sa capacité de travail ? Pourquoi compte-t-on le discrédit dans lequel il tombe vis-à-vis de ceux qui l'emploient et qui, peu au courant des distinctions entre les maxima et les minima de vision physiologique ou professionnelle, préféreront à un ouvrier blessé, un ouvrier intact? Il n'y a pas que dans les ateliers qu'aura cours cet argument d'impression ; n'existe-t-il pas généralement dans le choix des gens de maison qui, avec une acuité visuelle parfaite, portent ou non des lunettes? Mais, me dira-t-on, la loi est ainsi, il n'y a pas à aller contre. Vous êtes expert vous n'êtes pas juge. D'accord. En tous cas, c'est aux experts qu'il appartient de délimiter l'incapacité professionnelle et de l'étendre autant que possible dans l'intérêt légitime du sinistré. C'est plutôt là leur devoir que de suivre une interprétation d'un texte trop rigoureux de la loi. Et le magistrat qui nous invite à nous conformer à cette loi ne peut que nous approuver lorsque, par notre pronostic, nous pouvons faire pressentir que l'état du blessé pourra dans l'avenir se compliquer, et sans préjudice de l'élasticité que nous pouvons donner à l'incapacité actuelle, en raison de circonstances multiples. Cette appréciation médicale est du ressort des experts; c'est là la pratique courante des expertises. Si le principe de l'aptitude au travail doit être seul envisagé, combien nous devons être circonspects et ne pas nous fier à ces barêmes qui autoriseront bien des injustices, ou qui ne seront institués que pour la forme, et comme pour témoigner d'un effort qui a été fait pour régler mathématiquement une appréciation qui, par la nature des personnes et des choses, est éminemment variable. C'est à l'expert, dans chaque cas particulier, à s'attacher à fixer aussi exactement que possible le degré de diminution de l'acuité visuelle, à apprécier la diminution de capacité du travail au moment de l'accident, à formuler un pronostic sur l'état de l'œil blessé.

Pour accomplir cette tâche, les barêmes en question pourront être de quelque utilité, je n'en disconviens pas, mais on devra se garder de les considérer comme un code en la matière. Assurément, il y a des métiers qui exigent une acuité visuelle supérieure, tandis que d'autres n'en exigent qu'une ordinaire. Mais, au delà, l'appréciation devient très délicate et trop flottante pour qu'elle puisse être réglée par des chiffres et être encadrée par d'étroits barêmes. Pour bien apprécier, il faudra de la part de l'expert une étude attentive de l'état du malade, une évaluation de son incapacité profesionnelle *qui ne pourra jamais être qu'approximative*, puisque tout diminué qu'est l'ouvrier, et il l'est toujours, quoi qu'on dise, il faut tenir compte de ses aptitudes, on pourrait dire de son ingéniosité, à se passer de la quotité de vision dont il est privé. Il faudra surtout que l'expert soit animé de la crainte de commettre la moindre injustice et, s'il fait un écart en faveur de la victime de l'accident, sa conscience pourra être tranquille.

Ce n'est pas un sentiment d'équité qui se dégage de la définition de l'acuité visuelle professionnelle telle que la donnent MM. Magnus et Groenouw. « La limite supérieure de l'acuité visuelle professionnelle d'un métier est l'acuité visuelle physiologique *la plus petite* qui permette de se livrer à toutes les occupations de ce métier. » Ainsi, un ouvrier, un employé quelconque peut perdre plus ou moins largement de l'acuité visuelle: pourvu qu'il lui en reste suffisamment (un chiffre à établir) pour travailler, il peut aller comme cela. C'est regrettable que sa vision ne soit plus intégrale, mais le cas est prévu, il peut continuer à être maçon, charretier ; on ne lui doit pas d'indemnité. MM. Magnus et Groenouw auraient même remarqué « qu'une acuité visuelle *supérieure* n'augmente pas la capacité au travail de l'individu ». Cette acuité visuelle supérieure était du luxe, elle est perdue, tant pis; il en reste assez pour vivre; c'est bien. Je voudrais bien qu'on m'expliquât pourquoi la doctrine conservatrice, proclamée si juste lorsqu'elle s'applique au capital proprement dit, cesserait de l'être lorsqu'elle s'applique au capital visuel de l'ouvrier. et pourquoi l'on s'arrogerait le droit de lui en faire perdre gratuitement la moitié, sous prétexte que le reste lui suffit. En effet, la ligne AB (métiers qui nécessitent une acuité visuelle ordinaire) dans le graphique de M. Groenouw, indique qu'avec une acuité visuelle physiologique diminuée de *moitié* (0,50), l'acuité professionnelle reste à sa limite supérieure (1,0). Elle indique, en outre, qu'avec une diminution physiologique de 0,4 ; 0,3 ; 0,2 et 0,15 correspond une diminution professionnelle de 0,8; 0,6; 0,4 et 0,3, ce dernier chiffre représentant la limite inférieure de l'acuité visuelle professionnelle du plus grand nombre des métiers. Ainsi, dans cette catégorie de travailleurs, il faut perdre 0,85 d'acuité physiologique pour être déclaré impropre à un travail ordinaire. Au-dessous, on est incapable *proportionnellement*.

Le taux d'évaluation de l'acuité visuelle professionnelle des borgnes avec une élasticité de 20 à 33 0/0, chiffres représentant la diminution de cette acuité visuelle, est bien sujet à discussion. — Un cocher, par exemple, qui devient borgne, ne sera pas seulement diminué dans sa capacité de conduire ; personne, et avec raison, ne voudra l'employer. C'est l'incapacité *absolue en pratique*, bien qu'en théorie, il puisse exercer son métier dans des limites que je ne saurais préciser. Après bien des hésitations, on a admis en Allemagne un tarif pour déterminer l'acuité visuelle professionnelle binoculaire lorsque la diminution est différente pour chaque œil. Je vois encore dans ce tarif qu'un certain déchet de la vision ne donne droit à aucune indemnité. Avec 1 à 2/3 et 1/2 d'acuité scientifique pour un œil et 0,66 pour l'autre, pas d'indemnité; de même avec 1 à 2/3 pour un œil et 0,50 pour l'autre. Entre l'ouvrier incapable de travailler, et l'ouvrier tout à fait aveugle, nos confrères font une différence en faveur de ce dernier qui aurait besoin d'être assisté. Assurément, il faut agir très libéralement envers l'aveugle ; mais, j'irai plus loin : pourquoi une mesure restrictive contre celui qui n'est pas aveugle, mais qui a atteint la limite inférieure de l'acuité dite professionnelle et qui, en fait, est aveugle puisqu'il voit assez peu pour ne pouvoir rien faire ?

En somme, je reproche à nos confrères de se baser sur des rapports entre l'acuité physiologique et l'acuité professionnelle qui n'ont pas une constance et une exactitude suffisante pour appliquer une loi déjà dure, avec beaucoup de sévérité. Et ces reproches et ces réserves contre l'application de ces barêmes qui ont le tort, à mon avis, de prétendre à l'indication exacte du dommage par l'incapacité de travail, me sont inspirés au moins par ce sentiment, qu'en se fiant à ces chiffres, nous risquons de commettre de fréquentes

injustices envers les ouvriers en basant l'indemnité sur un degré d'incapacité de travail établi d'une façon facultative, arbitraire, en dépit des statistiques qui semblent l'autoriser et en négligeant tout le reste. La loi a ses exigences. Elle doit être formulée en termes précis, s'adaptant bien aux divers cas qu'elle vise. Or, il y a une difficulté très grande à évaluer une incapacité de travail par diminution de l'acuité visuelle. Ce n'est pas avec des chiffres donnés par des barêmes qu'on appliquera justement la loi qui accorde l'indemnité proportionnelle à l'incapacité de travail. Cette incapacité existe plus ou moins et toujours avec les divers degrés de diminution d'acuité visuelle, même les plus légers. Et, pour les autres cas, elle n'est pas mathématiquement proportionnelle à une diminution d'acuité professionnelle, comme certains auteurs semblent vouloir l'établir.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours de Pathologie médicale : M. le Pr Brissaud.

Ce n'est pas par une leçon d'ouverture que M. le Pr Brissaud a voulu inaugurer son cours de pathologie médicale. En changeant de chaire, il a tenu à se rapprocher davantage de ses élèves, nous allions dire de ses amis, car c'est par une charmante et toute amicale causerie que le maître a débuté samedi, le 9 mars, à 3 heures. Il n'y avait pas que de jeunes étudiants au Grand Amphithéâtre de la Faculté, beaucoup de médecins, même âgés, qui avaient suivi avec intérêt les leçons d'histoire de la médecine, étaient venus. Quelques-uns gardaient sans doute au professeur quelque secrète rancune d'avoir abandonné le cours d'histoire où il s'était montré à la fois si érudit, si spirituel et si original, et où l'on trouvera difficilement à le remplacer. Et la pathologie médicale, ensuite, paraissait un terrain bien sec et bien aride pour y faire fleurir d'aussi brillantes qualités. Mais M. Brissaud est un maître dans l'art d'enseigner. Même en causant de l'utilité de la séméiologie, il sait charmer son auditoire. On ne peut analyser tous les points qu'il a abordé dans le prologue de son nouveau cours. Il a tour à tour passé en revue l'utilité des leçons de pathologie médicale, les avantages et les inconvénients des manuels de pathologie, les progrès que la séméiologie fait faire chaque jour à la clinique, l'intérêt que le médecin trouve à développer ses moyens d'investigation et à bien savoir les utiliser. M. Brissaud a exprimé, en passant, le regret d'avoir à faire un enseignement de printemps ; il craint la concurrence des marronniers en fleurs des jardins du Luxembourg, et comme il compte sur de nombreuses infidélités de ses auditeurs, il va faire en sorte de traiter complètement un sujet dans chaque leçon. L'intention de M. Brissaud est excellente, mais il nous permettra de penser qu'il se trompe, car c'est lui, nous en sommes certains, qui fera déserter les allées du Luxembourg (1).

Cours de Chimie médicale : M. le Pr Armand Gautier.

Samedi dernier, 9 courant, a commencé, pour continuer les mardis, jeudis et samedis suivants, à cinq heures, le cours de chimic médicale de la Faculté. Cette première leçon avait attiré soixante-six auditeurs, parmi lesquels une cinquantaine d'étudiants. C'est une sorte d'introduction à la médecine qu'a faite M. le Pr Armand Gautier, en s'attachant à démontrer, à l'aide d'un rapide historique, la connexité nécessaire entre les diverses branches de la médecine : anatomie, physiologie, chimie, clinique, etc. Avec les principales découvertes défilent les noms principaux de notre histoire professionnelle : Aristote, Galien, Vésale, Michel Servet, Malpighy, Harvey, lequel fut bafoué de son temps par les « anticirculateurs », et ne trouva comme défenseurs, audacieux pour la circonstance, que Descartes, Molière et Louis XIV. Ce sont enfin bien d'autres grands noms de la médecine.

Incidemment, le professeur a reconnu que si les méthodes cliniques sont nécessaires au progrès de la médecine, elles n'ont pas toujours été indispensables pour façonner de grands médecins comme Galien, etc. N'omettons pas qu'il nous a fort plu d'entendre dire à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, ee 9 mars 1901, que les « médecins praticiens » sont pour les malades du plus grand secours matériel et moral, et qu'ils « méritent de la bienveillance et de l'admiration ». Aussi retournerons-nous cette année au cours de M. Armand Gautier, avec le même esprit qui faisait suivre en 1869 les cliniques de Verneuil par le jeune agrégé d'alors. Ajoutons que nous jouirons d'un attrait particulier, car il sera question de la chimie de la nutrition et de la digestion. Nous convions les amateurs.

Paul Cornet.

Cours de médecine opératoire : M. le Pr Berger.

M. le Pr Berger a ouvert son cours le 9 mars à 3 heures, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, par une fort intéressante leçon de généralités sur la chirurgie orthopédique, qui sera le sujet de son enseignement pendant le semestre d'été. — La chirurgie orthopédique a pour objet le traitement des malformations congénitales ou acquises de l'appareil locomoteur. Son champ d'action correspond surtout à l'enfance et à l'adolescence. Elle a pour but non pas seulement la restitution des formes normales, mais aussi, en même temps, la restitution des fonctions. Les malformations de l'appareil locomoteur ne sont pas des lésions constituées auxquelles on puisse remédier d'emblée par une opération ; ce sont, au contraire, le plus souvent, des lésions résultant d'une évolution lente, dont l'origine remonte plus ou moins loin, et dont le traitement est toujours long. Et pour diriger ce traitement, il faut être tour à tour chirurgien, mécanicien et éducateur : — Les malformations congénitales de l'appareil locomoteur portent primitivement sur une ou plusieurs pièces du squelette cartilagineux ; elles ne s'accentuent et ne s'aggravent que plus tard, et elles deviennent définitives quand les progrès de l'ossification les ont fixées. Mais les choses n'en restent pas là : pour et par le fonctionnement du membre malformé, des désordres secondaires se produisent : déformation des os voisins, déviations articulaires, allongements ou raccourcissements ligamenteux, retentissements variés sur les muscles...

Dans une autre catégorie de faits, la malformation est le résultat d'une déviation professionnelle survenant chez un sujet jeune, dont le développement n'est pas encore achevé ; il prend des attitudes vicieuses pour éviter la fatigue, la courbure initiale entraine après elle la production de courbures de compensation, et l'on voit se développer chez lui une série de lésions complexes subordonnées à la lésion primitive. Trois conséquences se déduisent de ces considérations :

(1) Le cours de M. le Pr Brissaud se continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à 3 heures du soir, au Grand Amphithéâtre de la Faculté ; il y étudiera les maladies de l'appareil digestif.

1° La chirurgie orthopédique a un rôle prophylactique à remplir : d'abord elle doit prévoir et prévenir autant que possible ; 2° Les malformations, plus ou moins simples au début, devenant complexes plus tard, c'est le plus près possible du début qu'il faut commencer à les combattre ; en d'autres termes, le traitement doit être précoce ; 3° C'est à toute une série de moyens variés qu'il faudra recourir, pour répondre aux indications diverses que comporteront les stades successifs de l'évolution de la malformation, et il faudra, en outre, prévenir le retour de la lésion initiale sous l'influence de ses causes génératrices premières. On peut ranger sous trois chefs les indications auxquelles la chirurgie orthopédique doit satisfaire, pour atteindre son double but de restauration de la forme et de rétablissement de la fonction : 1° corriger la malformation ; 2° maintenir la correction ; 3° rétablir le jeu des organes et fortifier l'économie. On réalise la correction par l'action chirurgicale, sanglante ou non ; on la maintient à l'aide des appareils orthopédiques ; enfin, pour la restauration fonctionnelle, on fait appel à la gymnastique médicale, au massage, à l'électricité, en même temps que l'on utilise, pour l'amélioration de l'état général, l'hygiène et les ressources de la thérapeutique générale. — L'opération orthopédique sanglante doit être aseptique ou ne pas être. Si elle est suivie de suppuration, elle manque son but le plus souvent, elle ne permet pas la mobilisation précoce, si importante au point de vue du résultat fonctionnel définitif, et, en outre, elle peut compromettre l'existence. Or, une opération orthopédique doit être toujours innocente, car l'affection qui la motive ne menace pas la vie du sujet : il n'est permis d'entreprendre une opération entraînant des risques sérieux que dans les cas où l'on s'y trouve autorisé par la gravité exceptionnelle des inconvénients de l'infirmité. Les appareils ne servent pas seulement à maintenir le redressement acquis, ils servent aussi à le reproduire. Ils seront étudiés au fur et à mesure des cas particuliers.

Comme moyens de restaurer la fonction, l'hygiène utilise scientifiquement les puissances musculaires, restaurées et rectifiées par la gymnastique, le massage, l'électricité. Ce n'est pas la gymnastique ordinaire qui est applicable ici, c'est la gymnastique médicale ou orthopédique, c'est-à-dire une gymnastique raisonnée, spécialisée à des groupes musculaires méthodiquement choisis, dirigée par les médecins. Le suédois Lind s'est occupé tout particulièrement de cette question, et de ses travaux est née une véritable méthode, connue sous le nom de gymnastique suédoise. Les principales pratiques mises en œuvre par Lind sont les suivantes : Attitudes stationnaires maintenues volontairement par le sujet; mouvements actifs exercés par le malade, avec ou sans appareils : mouvements passifs, sans résistance du malade, provoqués par un ou plusieurs aides, et devant dépasser de peu la limite au-delà de laquelle ils deviennent douloureux; enfin, mouvements de résistance, ou gymnastique de l'opposant, faisant le fond de la gymnastique suédoise. Cette dernière pratique comporte deux variétés d'exercices, dans lesquels la résistance doit être sagement dosée : tantôt le malade exécute un mouvement auquel le gymnaste oppose une certaine résistance; tantôt c'est le gymnaste qui agit et le malade qui résiste. Le massage vient s'ajouter presque constamment aux applications de la gymnastique suédoise, non seulement par des manœuvres courantes, mais par des manœuvres modelantes, modérées, graduées, qui peuvent aboutir à un redressement permanent, avec l'aide d'autres moyens (appareils, tractions continues avec des poids, suspensions...

On a inventé toute une série de machines ingénieuses pour suppléer les gymnastes dans les applications de la gymnastique suédoise, et des établissements spéciaux se sont montés, dans lesquels on trouve actuellement des appareils mécanothérapiques appropriés à toutes les indications ; M. Berger compte pouvoir faire visiter ultérieurement à ses élèves un de ces établissements.

La chirurgie orthopédique utilise journellement, et avec très grand avantage, les ressources que lui fournissent l'électrothérapie et l'hydrothérapie; le professeur esquisse à grands traits les applications de ces deux moyens de traitement, leurs indications, le choix à faire entre leurs divers modes, etc., et il termine sa leçon par quelques considérations sur l'hygiène générale des sujets soumis à un traitement orthopédique. Dans la prochaine leçon, il commencera l'étude des cas particuliers en s'occupant du traitement de la luxation congénitale de la hanche.

L'enseignement de M. le Pr Berger est très substantiel, puissamment instructif, et facile à suivre et à retenir, grâce à l'ordre rigoureusement méthodique qui en accentue les grandes lignes et en enchaîne les détails; il sera des plus profitables aux élèves, et l'on ne saurait trop leur recommander la fréquentation de ce cours, d'autant plus qu'il porte sur des sujets spéciaux que l'on a trop souvent tendance à négliger, et dont la connaissance pourtant est indispensable au praticien.

Conférences d'anatomie médico-chirurgicale : M. le Dr Thiéry, agrégé.

M. le Dr Thiéry a commencé ces conférences le 8 mars, à 3 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. Après un aperçu des trois régimes d'examens envisagés au point de vue de leur influence sur l'instruction des élèves en anatomie, il insiste sur la supériorité du régime actuel, dans lequel on a ménagé à l'étude de l'anatomie topographique une place en rapport avec son importance capitale pour le praticien, en en faisant l'objet d'un examen à part, et en instituant des conférences spéciales pour son enseignement. L'anatomie topographique ou médico-chirurgicale, en effet, c'est l'anatomie appliquée, c'est la véritable anatomie du médecin et du chirurgien, celle dont il aura journellement besoin dans l'exercice de sa profession. Ces conférences ne sont pas des cours magistraux et ne comportent pas la même solennité et la même méthode que ceux-ci ; ce sont des leçons moins rigoureusement didactiques, et d'allures plus familières en quelque sorte, et le professeur se propose, non seulement de les couper çà et là par des excursions dans le domaine de la pathologie et de la clinique à propos des applications des données anatomiques qu'il exposera, mais encore d'interrompre de temps en temps ses démonstrations par quelques brèves interrogations adressées à ceux de ses auditeurs qui voudront s'y soumettre. L'application pratique fixe la notion théorique souvent ardue et difficile à retenir isolément, l'interrogatoire imminent à l'improviste tient l'attention en éveil, et l'on n'oublie plus les points sur lesquels on a été ainsi questionné, même et surtout lorsque la réponse, insuffisante ou erronée, a dû être rectifiée par le professeur. M. Thiéry aborde ensuite le sujet de ses conférences dont le programme comporte l'étude de l'anatomie topographique de la tête, du cou et du membre supérieur. Il passe rapidement sur la région de la voûte ou région occipito-frontale, pour arriver bientôt à la région temporo-mastoïdienne, qui comprend la région temporale proprement dite et la région mastoïdienne, et qui présente un haut intérêt au point de vue pathologique. Après quelques remarques sur les renseignements séméiologiques que

peut fournir l'inspection de cette région, il en précise les limites, rappelle l'agencement réciproque des os qui la constituent, indique les principaux repères que présente son squelette et qu'on utilise en topographie cranio-cérébrale, et récapitule, couche par couche, les parties molles qui le recouvrent ; il s'occupe ensuite des rapports profonds, c'est-à-dire de la correspondance des régions superficielles du cerveau avec la fosse temporale, et montre comment on détermine les points où il faut appliquer le trépan pour découvrir et lier la méningée moyenne, ou pour s'ouvrir accès sur l'extrémité inférieure du sillon de Rolando et sur les centres moteurs avoisinants. Enfin, dans les dernières minutes de la leçon, il étudie la loge temporale et la fosse zygomatique. M. Thiéry professe d'une façon très claire, en prenant manifestement soin de rester toujours dans la note véritablement pratique, et d'écarter de ses démonstrations tous les détails d'importance secondaire, qui seraient susceptibles de jeter quelque confusion dans les souvenirs de l'élève au détriment des notions capitales à retenir. Il parle avec entrain, dessinant souvent lui-même au tableau ce que les planches murales et les pièces dont il dispose ne montrent pas à son gré ; de temps en temps, comme il l'a annoncé, il s'interrompt pour lancer une brève interrogation comportant une brève réponse, que, suivant le cas, il approuve, précise ou rectifie en quelques mots ; et l'heure s'achève ainsi, sans que l'intérêt de la conférence ait langui et que l'attention de l'auditoire ait eu une occasion de faiblir. C'est là du bon enseignement, bien compris et bien fait, et le nombre des élèves qui le suivent, prouve qu'il est apprécié par eux comme il le mérite.

Conférence de physiologie ; M. Langlois, agrégé.

Vendredi à 4 heures M. Langlois, agrégé, a commencé ses conférences de physiologie, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. Ces conférences auront pour but l'étude de la physiologie du système nerveux, sujet très vaste que tout médecin doit connaître pour porter avec fruit nombre de diagnostics. Au début, M. Langlois a donné le plan qu'il se propose de suivre. Il comparera les théories anciennes et les théories nouvelles. On considérait autrefois le système nerveux comme composé de deux éléments: 1° la cellule nerveuse; 2° la fibre nerveuse. Aujourd'hui, on ne s'occupe que du neurone. Pour la commodité de l'étude des phénomènes, on assimile l'influx nerveux à un courant électrique ; les choses se passent-elles aussi simplement qu'on le suppose ? Cela n'est pas encore démontré. Les physiologistes anciens considéraient dans le tissu nerveux un corps cellulaire prolongé par des filaments qui venaient s'anastomoser avec les filaments semblables d'un autre corps cellulaire de façon à former un réseau, il y avait donc continuité ; on admet actuellement l'existence d'un corps cellulaire et d'un filament, d'un cylindre-axe qui entre en contact avec un autre neurone ; il n'y a donc plus continuité, mais contiguïté. A quoi servent chacun des éléments du neurone ? Le corps cellulaire a un rôle génétique car il donne naissance au cylindre-axe ; il a un rôle trophique car il nourrit ce cylindre-axe ; il a un rôle fonctionnel, car à l'intérieur de ce corps cellulaire se réfléchissent les incitations motrices ; et en outre, dans les centres supérieurs, a lieu la sécrétion de l'idée. Cette conception a été attaquée par Morat, pour qui la cellule n'a plus d'activité fonctionnelle. « Le cylindre-axe, dit Morat, émet des fibrilles qui entrent en contact avec le cylindre-axe d'un autre neurone, et c'est précisément au point de contact que se produisent les réactions. »

Le professeur aborde alors la division du système nerveux chez l'homme et les mammifères supérieurs. Il existe deux grands systèmes : 1° le cérébro-spinal, 2° le sympathique, qui, comme nous le verrons plus loin, a une grande importance. La moelle a été jusqu'ici considérée comme le siège des actes réflexes ; on peut affirmer, dit M. Langlois, que partout où il y a au moins deux cellules nerveuses, il peut y avoir réflexe. On a localisé dans la moelle les centres qui président à la vie végétative ; la localisation doit-elle être aussi rigoureuse ? N'est-il pas permis d'être sceptique en se rappelant l'exemple bien connu de la chienne à moelle raccourcie, chez qui les phénomènes physiologiques, d'abord troublés par la résection de la partie inférieure de la moelle, apparaissaient ensuite comme si rien n'avait été changé. On a fait de la moelle une conductrice de la sensibilité et du mouvement, les observations cliniques ne correspondent pas toujours avec ces données ; dans la syringomyélie ne trouve-t-on pas la disparition de la sensibilité thermique et douloureuse avec persistance de la sensibilité tactile ? Ne peut-on pas chercher à concilier les faits en admettant que, si la moelle a un rôle conducteur, l'impression ne suit pas un trajet rectiligne pour arriver au cerveau et qu'on se trouve en présence du phénomène de moindre résistance ? Après la moelle vient le bulbe. Ici peu de choses à dire. Ce qu'il y a de plus intéressant à étudier au point de vue de l'anatomie comparée, c'est la présence continuelle des corps striés. Si on enlève, à des chiens par exemple, la couche corticale qui est considérée comme la partie psychique du cerveau, les fonctions organiques ne sont pas détruites.

L'étude du système sympathique est vraiment peu connue des médecins et cependant joue un rôle important. M. Langlois prend comme exemple le pancréas. Nous savons que, par lui, les hydrates de carbone sont transformés en glucose, les graisses dédoublées en glycérine et acides gras et que les albumines deviennent des peptones. L'expérience nous apprend que c'est le système sympathique qui guide le pancréas dans la sécrétion de ses différentes diastases ; si la partie inférieure de la moelle est sectionnée, tout d'abord le pancréas n'agit plus, mais le ganglion mésentérique, qui jusque-là obéissait à la moelle, va maintenant commander seul à la sécrétion pancréatique et les fonctions organiques, primitivement troublées, réapparaissent.

Toutes ces considérations concernant la physiologie du système nerveux sont de la plus haute importance pour les médecins si souvent arrêtés en présence de phénomènes d'ordre purement nerveux ; de là des difficultés dans le choix du traitement à indiquer.

M. Langlois termine en encourageant les étudiants à ne pas négliger la physiologie, qui permet si souvent de guider leurs études cliniques. Et il a bien raison. A. G.

Cours élémentaire de médecine opératoire : M. le Dr Hartmann, agrégé.

Vendredi, 8 mars, à 4 heures, M. Hartmann a fait, au Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique, sa première leçon sur la thérapeutique des maladies de l'appareil génito-urinaire. Au milieu d'une affluence nombreuse, entouré de ses élèves, M. Hartmann a abordé le programme de son cours, et est entré de suite dans son sujet. Faisant quelques mots d'historique, M. Hartmann nous montre l'ignorance qui enveloppait encore en 1885, alors qu'il était l'interne du Pr Guyon, la question des voies urinaires ; les accidents rapides, le plus souvent mortels, cathétérisme sont, par exemple, à cette époque, rapportés à la congestion. (Thèse de Tuffier, 1885.)

Nous savons maintenant qu'un facteur nouveau de premier ordre s'ajoute aux phénomènes congestifs : c'est le

microbe, l'infection; d'où la nécessité absolue, dans la thérapeutique des voies urinaires, comme en toute thérapeutique chirurgicale, de l'*asepsie* et de l'*antisepsie*. C'est donc l'étude de ces deux points qui ont fait l'objet de la première leçon, et particulièrement la stérilisation des sondes.

Ajoutons qu'à côté de cet enseignement théorique, M. Hartmann fait un enseignement pratique dans son service de l'hôpital Lariboisière. X.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 mars 1901. — PRÉSIDENCE DE M. BÉNI-BARDE.

La séance est ouverte à 4 h. 45. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Revues et journaux habituels.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — 1° Message téléphoné de M. Picqué, appelé par une opération urgente, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. 2° Lettre du Comité de direction de l'*Œuvre de la tuberculose humaine*, informant la Société que le Dr Samuel Bernheim a l'intention de fonder un dispensaire par arrondissement de Paris pour donner des soins aux tuberculeux, et désirerait être entendu par la Société de Médecine de Paris pour faire connaître son entreprise.

M. LE PRÉSIDENT rend compte de la réunion plénière des Sociétés : *de Médecine de Paris, Médico-Chirurgicale* et *de Médecine et de Chirurgie pratiques* qu'il a été appelé à présider le 7 mars, à 4 heures, à l'Hôtel des Sociétés savantes, où nous avons été reçus avec la plus franche cordialité. Cet essai de fédération a été couronné d'un plein succès. Le sujet proposé : *Des sérums en thérapeutique*, a donné lieu à des communications extrêmement intéressantes, dont le résumé sera publié. Très remarquée la communication d'un vé.érinaire sur les effets merveilleux du sérum antitétanique et surtout la présentation de deux cancers du sein, l'un opéré, l'autre en voie de guérison sans opération, traités tous deux par le sérum anticancéreux. Beau succès pour M. le Dr Wlaëff (de Saint-Pétersbourg), qui a présenté ces deux malades.

M. le Président remercie M. VIDAL, délégué de la Société de Médecine de Paris, chargé du rapport sur *les sérums organiques*, pour son travail très étudié, M. GRASSET, pour son argumentation, un peu osée peut-être, mais très savante et documentée, M. BURET, pour ses objections très judicieuses et présentées sous une forme claire et surtout concise, bon exemple à suivre dans ces réunions où les minutes sont comptées et les orateurs heureusement très nombreux. Ces argumentations seront publiées ultérieurement avec le résumé de la séance.

M. JULLIEN. — J'ai l'honneur de présenter à la Société deux brochures écrites pour le Jubilé l'une du Pr Kaposi, l'autre du Pr Neumann, (de Vienne).

La première intitulée *Vieille Vérole* vise les faits accessoires, les associations bâtardes, les cas exceptionnels révélant des coins inexplorés de la siphyligraphie. On a bien noté les éruptions précoces des faces palmaires et plantaires, mais après 20 ans, après 30 ans d'infection, qui donc nous a mis en garde contre les altérations infiniment variées de l'épithélium de ces régions : épaississements localisés ou en nappe, cors, calus, scléromes, chorionites, kéloïdoïdes, desquamations, furfures, érosions, suintements, crevasses, fissures, ulcères, autant d'accidents isolés ou combinés, qui s'établissent sourdement lorsque le souvenir de la vérole est passé, et évoluent discrètes avec des alternations d'apaisement et de réveil, à la façon bénigne mais implacable des dermatoses. Et ainsi vont se multipliant les cas de faux eczémas, faux lichens, faux psoriasis, fausses engelures, que l'on traite fort mal, parce qu'on n'en soupçonne pas la nature.

Du côté des muqueuses, c'est plus grave, car la contagion peut en être la conséquence ; on cherche sur la langue des plaques et l'on ne trouve que des lésions ambiguës, langue lisse ou villeuse, avec de vagues érosions, des tumuli insensibles, en quelques points fissuraire ou crevassée. On pense à l'estomac, on incrimine le diabète, la dartre, l'herpétisme, etc., la vieille vérole suit son cours. J'ai guéri par un traitement sévère un homme de 63 ans qui prit la syphilis à 19 ans, soit 44 ans avant, et qui souffrait depuis 20 ans d'une glossite attribuée aux saburres. J'ai soigné un homme de 32 ans, syphilitique depuis 16 ans, pour une glossopathie méconnue. On avait permis le mariage, permis le cigare. Or, un jour que l'épouse accompagnait chez moi son mari, je reconnus qu'elle avait une paralysie de la troisième paire, et que cette langue considérée comme si inoffensive avait fait une victime.

Dans la deuxième brochure, je relate deux cas de *syphilis d'emblée sans accident initial.* Deux confrères en opérant, se blessent avec une aiguille à suture, leur plaie est profonde et saigne abondamment, mais guérit très vite. La malade revue le huitième jour est couverte d'une roséole généralisée, au vingt-sixième jour l'un des chirurgiens, et au trentième jour l'autre, tous deux furent pris de fièvre, frissons, malaises précédant l'éclosion d'une roséole. Il n'y eut pas de chancre, et la syphilis évolua ensuite d'une façon plutôt sévère.

Dans ces deux cas nous voyons les premiers exemples indiscutables de la syphilis d'emblée. Toutes les circonstances s'y trouvent réunies. On remarquera que la période lymphatique a été supprimée; l'organisme fut pris d'assaut, sans pouvoir utiliser l'obstacle des barrières ganglionnaires tournées dès les premiers instants. Et de fait nos confrères n'ont jamais eu de glandes lymphatiques engorgées; ces deux observations tranchent péremptoirement une question jadis entrevue par Oltramare, et plus récemment étudiée par Verchère.

La discussion est ouverte sur la question de la transmission de la tuberculose.

M. DHOMONT. — Je désirerais présenter quelques observations au sujet de la communication que M. Grasset a faite dans la dernière séance, à laquelle il m'a été impossible d'assister. Après avoir fait un historique de la tuberculose et avoir montré que la contagion avait été tour à tour admise et niée par les médecins, depuis Hippocrate, notre collègue s'est déclaré contagionniste, mais il l'a fait avec tant de restriction qu'il n'est pas difficile de voir que sa foi en la contagion est bien ébranlée. M. Grasset attache une importance considérable à la *question de terrain*, ce en quoi il a raison, mais il n'en donne pour ainsi dire aucune à la question de germe, en quoi j'estime qu'il a tort. Peut-il donc y avoir quelques doutes sur le caractère contagieux de la tuberculose? Je ne le pense pas et la question me paraît absolument tranchée. D'abord, depuis les *mémorables expériences de Villemin*, l'inoculabilité et, par conséquent, la virulence de la tuberculose sont hors de toute contestation. Mais, de plus, il me semble que les expériences sur la contagion par les bacilles desséchés sont suffisamment nombreuses et concluantes. Les *cobayes* et les *lapins* qu'on soumet à des inhalations de poussières tuberculeuses contractent rapidement la maladie; tandis que les cobayes témoins, placés dans les mêmes conditions, sauf les poussières, continuent à se bien porter. Ici, on peut logiquement conclure de l'animal à l'homme.

M. Grasset nous a cité des faits dans lesquels la *porte d'entrée* du bacille ne lui paraissait pas possible à trouver. Il nous a cité le cas de méningite tuberculeuse chez un jeune enfant.

Je répondrai à M. Grasset que cet exemple me paraît plutôt contraire à la thèse qu'il a soutenue. En effet, si, comme il le dit, *la tuberculose est la suite fatale d'une misère physiologique*, comment se fait-il que ce jeune enfant, placé dans les meilleures conditions hygiéniques, se soit néanmoins tuberculisé? Et, d'autre part, il me semble facile d'expliquer comment un jeune enfant prend une tuberculose, surtout dans les grandes villes où les bacilles de Koch foisonnent partout, dans la rue et dans les promenades publiques. Les enfants ont l'habitude de sucer et de lécher tous les objets à leur portée, est-il si difficile d'admettre qu'ils ont absorbé, en jouant dans les jardins publics, des bacilles par la bouche ou les fosses

nasales, bacilles qui ont ensuite gagné les méningites par la voie des vaisseaux lymphatiques?

Donc, je reste convaincu que la tuberculose se propage bien par les bacilles de Koch contenus surtout dans les crachats desséchés. Si cette question était purement doctrinale, j'y attacherais moins d'importance, mais elle a, au contraire, une haute portée pratique. Nous ne sommes pas si riches en moyens à opposer à la tuberculose que nous puissions dédaigner une des manières efficaces de lutter contre ce fléau. Or, nous ne *pouvons agir que de deux façons: en fortifiant l'organisme, en détruisant les germes*. Certes, il faut lutter contre la misère, contre le surmenage, contre l'alcoolisme, mais il faut aussi, et non moins énergiquement, s'attaquer au bacille. Et nous pouvons beaucoup pour empêcher la diffusion du bacille par les crachats desséchés. Pour ma part, je trouve que depuis qu'on a apposé dans les *omnibus* des avis interdisant de cracher sur le sol, les voitures sont infiniment plus propres qu'autrefois. C'est déjà un résultat, au point de vue de l'hygiène et de la propreté.

Le crachoir de poche n'est peut-être pas l'idéal; rien n'empêche de chercher quelque chose de mieux; en tout cas, il faut soutenir énergiquement le principe qu'il est dangereux de cracher par terre. Nous aurons bien du mal à faire pénétrer cette idée dans le public et à obtenir que les tousseurs crachent, chez eux, dans des crachoirs pleins de liquide et non dans leur mouchoir ou par terre. Il serait regrettable que la Société de médecine de Paris émît un doute sur l'utilité de cette mesure prophylactique.

La contagion tuberculeuse et les divers milieux;

Par le Dr Hector Grasset.

Dans la dernière séance, notre collègue, M. Leudet, nous racontait qu'ayant présenté, anciennement, à l'Académie de Médecine, une statistique assez étendue prise dans la clientèle riche et concluant contre la fréquence de la contagion directe familiale, un académicien lui avait dit partager ses conclusions, mais que, pour la classe ouvrière, il croyait la contagion très fréquente. Il y a là une pétition de principes, car si vous clamez, le bacille (et par suite le crachat) voilà l'ennemi, la contagion familiale ne doit point s'occuper du milieu; si vous dites que la contagion n'a lieu que dans certains groupements, c'est admettre que l'ambiance est le facteur principal et, par suite, c'est au milieu que nous devons faire la guerre, le bacille n'est qu'accessoire, et comme je le disais la dernière fois, il n'est pas indispensable. Je ne suis cependant pas de l'avis de M. Middendorp, qui, se basant sur ces faits, que l'on rencontre des bacilles tuberculeux, dans de nombreux cas, dans les tissus ganglionnaires d'individus n'ayant jamais eu de réactions ou manifestations tuberculeuses, que le bacille n'existe souvent pas dans des tubercules ou des granulations tuberculeuses (et j'ai souvent fait de ces recherches négatives), qu'il n'y a pas de microbes de Koch dans nombre de pus et fongosités nettement tuberculeux, conclut que les bacilles de Koch ne sont que des organismes de putréfaction, et non des pathogènes. Je crois que les bacilles sont les évolutions avancées des modifications cellulaires, et que s'ils ne sont pas morbigènes, ils sont au moins morbophores; ils indiquent presque toujours une lésion active, leur présence est caractéristique de l'affection, mais leur absence ne l'élimine pas, de sorte qu'il n'y a pas une relation absolue entre la tuberculose et le bacille de Koch, comme le démontrent les faits histologiques que je vous citais à la première communication. Il faut encore être beaucoup plus exclusif pour les rares bacilles rencontrés seulement dans les ganglions bronchiques, alors que tout l'organisme est indemne et les individus sains; ce sont des cas fréquents qui prouvent que les inhalations bacillaires ou poussiéreuses de la trachée et des bronches sont rapidement englobées et rendues inertes, cas qui vont contre la contamination fréquente par les voies respiratoires, les morbiphores n'atteignant jamais les petites bronchioles et les alvéoles où se développent presque toujours les lésions primitives, tandis que la tuberculisation primitive des ganglions fréquemment chargés de bacilles est incomparablement plus rare que les lésions parenchymateuses.

La contagion familiale doit être le critérium de la question, car elle réalise le contact direct. J'élimine de cette contagion familiale, les relations de parents à enfants, que nous étudierons à la question hérédité, car il entre un facteur que je considère comme primordial; je me borne à la contagion de mari à femme, où la promiscuité la plus complète est réalisée, chez des individus généralement différents comme terrains. Il y aurait bien à considérer, outre les conditions d'existence semblable, l'impression personnelle qui, dans certains cas, réalise des échanges morbides entre époux, comme dans les cas de diabète conjugal, mais je les laisse de côté pour donner plus de force à la réponse. La clinique nous apprend (tous les praticiens de long exercice que j'ai interrogés à cet égard, sont d'accord) que, s'il y a des cas de contamination de mari à femme, évidents, il y a un nombre *beaucoup plus considérable* de cas négatifs; des femmes (ce sont les plus dévouées au malade, les plus fatiguées, et par suite les plus exposées) ont vu mourir phtisiques leur mari et leurs nombreux enfants, et sont restées indemnes. Les cas positifs, exceptionnels chez les riches placés dans d'excellentes conditions morales et hygiéniques, peu fréquents chez ceux même qui sont déprimés par la vie mondaine ou commerciale, sont moins rares à mesure que les conditions d'existence deviennent plus rudes, et cependant, chez les ouvriers, les cas négatifs priment de beaucoup encore les faits positifs. Dans l'examen de tous ces derniers, si vous faites alors entrer en ligne de compte éliminatoire, les questions d'hérédité, de misère physiologique ou morale, de fatigues ou de privations, de causes locales, il ressort avec la plus grande évidence, que la contamination ne joue qu'un rôle minime. N'exagérons donc pas, si le bacille est morbiphore par le mode signalé la dernière fois, c'est-à-dire s'il n'est que le déterminant ou la fonction activante d'un organisme voué fatalement à la déchéance tuberculeuse, garons-nous-en, mais n'en faisons pas un spectre inévitable pour tous, car de ce détritus on peut se garer facilement avec des moyens simples et surtout une grande propreté.

Nous voyons ainsi au début, que le mode de contagion le plus intime ne se produit que rarement; il nous sera facile de réduire encore à des proportions plus minimes les divers autres modes de contage mis en avant. On a accusé le lait de vache et porté nombre de méfaits à son compte; témoin, entre autres, cette histoire classique d'une pension dont les élèves mouraient successivement phtisiques et où l'on aurait reconnu pour cause le lait d'une vache tuberculeuse; c'est encore un exemple de ce que peut l'idée préconçue dans ces recherches, car il a été avéré depuis, que seules, les maîtresses buvaient le lait de cette vache de l'établissement, et qu'elles ne devinrent pas tuberculeuses. Nous savons que le lait ne contient de bacilles que lorsqu'il y a mammite, que les cas sont assez peu fréquents et que depuis longtemps la vache arrivée à cet état n'est plus une bonne laitière et est retirée du service; néan-

mois il y a là un danger dont il faut se garer, c'est l'affaire du vétérinaire sanitaire. C'est à la ville qu'on a surtout accusé le lait de déterminer la tuberculose infantile, un simple examen suffit pour prouver qu'il n'en est que la cause indirecte, c'est-à-dire qu'étant adultéré au point de n'être que d'une faible valeur nutritive, il élève des enfants chétifs et délicats qui inclinent facilement vers la déchéance organique.

La viande est rarement tuberculeuse et sa cuisson et les préparations culinaires suffisent à détruire les principes morbides. On a prétendu qu'une température de 60° à 70° suffisait à annihiler le bacille de Koch, c'est une erreur, seulement cette température détruit les ferments solubles pathogènes, le produit nécrogène dont le bacille n'est que le véhicule ne peut plus provoquer la détermination spéciale. L'enfant commence à peine à se développer, qu'on le calfeutre la plus grande partie de la journée dans des établissements (écoles ou lycées) où sont réalisés l'encombrement, le défaut d'air et de lumière, où on le maintient dans une immobilité ou dans une position courbée incompatibles avec la mobilité de son âge, où on surmène son cerveau par une éducation superficielle encyclopédique qui lui enlèvera toute initiative personnelle, tout jugement, pour en faire une machine enregistreuse et infidèle sans réflexion. On en fait ainsi une petite monstruosité ou curiosité plantée sur un arbre rabougri, et l'on s'étonne après cela de la mortalité excessive de l'enfance et de l'adolescence ; ces organismes chétifs n'ont qu'un pas à franchir pour faire leur désorganisation tuberculeuse, n'ayant pas le ressort nécessaire pour atteindre l'état adulte. On n'a jamais cité de cas probants de contagion dans les écoles et collèges, et l'opinion résulte tout simplement d'une idée théorique.

Chez l'ouvrier, l'enfant à peine pubère, élevé au milieu des privations, est obligé de commencer le dur labeur qui lui est imposé toute sa vie, labeur au-dessus de ses forces ; on l'envoie dans les ateliers exposés à toutes les variations de température, au milieu d'exhalaisons plus ou moins toxiques, il y inhale des tourbillons de poussières métalliques, minérales ou organiques. Nous savons que les particules minuscules de tout ordre absorbées par les voies respiratoires, produisent plus ou moins rapidement, suivant la quantité inhalée, des pneumonokonioses ou des bronchites chroniques, mettent le poumon en état d'infériorité ; point n'est besoin d'y trouver des bacilles pour développer la tuberculose pulmonaire chez des individus dont la nutrition alimentaire est restreinte par les ressources, et le corps épuisé par les fatigues, et dont quelquefois la seule distraction est la boisson, qui lui fait oublier momentanément ses peines, mais active la déchéance par l'intoxication chronique et le remplacement de l'aliment nutritif et toxique.

Le travailleur, écrasé par dix ou douze heures d'un travail dépassant de beaucoup la quantité tolérée au nom des lois naturelles, ayant à peine le temps nécessaire pour absorber dans l'intervalle sa maigre pitance, retrouve, lorsqu'il rentre chez lui pour le repos, un nouveau surcroit de conditions anti-hygiéniques.

Celui qui n'a pas visité les milieux ouvriers ne peut se faire une idée de la misère qui y règne. Vous criez contre l'alcoolisme, la fréquentation des cabarets, la désertion du foyer familial, mais vous n'avez jamais réfléchi que la plus grande cause de ces fréquentations ou désertions vient de ce que l'ouvrier ne trouve chez lui ni le calme, ni le repos, ni la salubrité nécessaires pour délasser son pauvre corps endolori. Nous sommes loin des conditions hygiéniques que les Grecs réclamaient pour la construction des villes et des demeures, rues larges accessibles au soleil, orientées suivant la direction des vents, maisons espacées, tournées vers le midi ou le levant et le couchant suivant les climats locaux, chambres spacieuses et bien éclairées. Au contraire, les rues sont étroites et percées au hasard, la hauteur des constructions empêche la circulation de l'air et l'accès de la lumière ; les logements sont étroits, bas de plafond, obscurs ; nombre de chambres ne voient jamais l'astre aux rayons purificateurs. Les ouvriers surtout sont logés dans des cités puantes, malsaines ; ils sont entassés dans des chambres enfumées qui servent à la fois de cuisine, salle à manger, lavoir, chambre à coucher ; toutes les odeurs et ranceurs s'y mêlent à la fumée de tabac, aux émanations culinaires, aux produits respiratoires ruminés, aux perspirations des corps ; dans beaucoup de ces villes populaires qui mériteraient les honneurs de la torche, les loyers y sont encore à des prix onéreux. C'est dans ces taudis que reposent péniblement, entassés les uns contre les autres, tous les membres de la famille, dans une promiscuité et un contact trop intimes des différents âges et sexes. Travailler et s'épuiser dans un lieu malsain, posséder des ressources insuffisantes pour avoir la qualité et la quantité nécessaires du combustible alimentaire, reposer dans des conditions antihygiéniques, c'est-à-dire être toute la vie, sans exception, dans un mauvais milieu, voilà le sort de l'ouvrier, de la masse ; il n'en faut pas tant pour déterminer les innombrables cas de déchéance tuberculeuse.

Si vous ne vous attaquez pas à ces causes, si vous ne faites pas du socialisme intelligent, hygiénique, basé sur les lois physiologiques naturelles, vous n'arrivez à aucun résultat dans la prophylaxie de ce mal terrible, et vous rendez de plus en plus enfantins et ridicules ces expédients vexatoires d'empêcher de cracher ou forcer au port du crachoir de poche, moyens qui ressemblent aux petits tours de passe-passe politique faits pour donner un semblant de satisfaction à l'opinion publique. Certes, il est utile de désinfecter, mais encore faudrait-il que cette opération fut faite un peu plus sérieusement qu'on ne s'y emploie, et bien plus nécessaire il serait de s'attaquer aux causes fondamentales et ne pas les laisser persister. *Sublata causa, tollitur effectus*, voilà le principe ; en mettant tout sur le compte du microbe et ne s'attaquant qu'à lui, on croit le remplir, c'est une erreur fatale, la contagion est minime en ces milieux, le bacille passe à l'arrière-plan. Donnez à l'ouvrier le repos nécessaire, l'air et la lumière à profusion, l'aliment sain et proportionné à ses dépenses dynamiques, fournissez-lui un appartement où pourront pénétrer les rayons solaires, où la cuisine sera séparée des chambres à coucher, où les enfants dormiront dans des lieux séparés de ceux des vieillards et des parents, et vous n'aurez guère à vous occuper de l'infiniment petit, en dépit duquel périclitera l'extension du mal.

Il est assez intéressant de constater que, dans un siècle qui se prétend en voie ascendante de progrès, qui dit incarner la liberté, un impôt des plus onéreux pèse encore sur l'élément naturel et indispensable à la vie, l'*air*. L'impot sur les fenêtres est une monstruosité, aussi voyez-vous la restriction des ouvertures pratiquée par économie. Les paysans bouchent les orifices ou leur donnent quelquefois des dimensions minimes qui les mettent en dehors des atteintes du fisc.

Ceci nous amène à parler de la tuberculose à la campagne ; elle y est relativement rare, et très rare surtout parmi les habitants qui se livrent aux travaux des champs, le plus grand nombre des cas se rencontre chez les individus qui travaillent à domicile, chez les femmes sédentaires. Malgré la nourriture grossière, malgré l'alcoolisme qui sévit de plus en plus dans cette population, en dépit de la saleté qui y règne tant encore, nonobstant les réduits (quelquefois communs à l'humanité et à l'animalité), où dorment les habitants, malgré enfin l'exiguité de l'accès de la lumière et de l'air, la tuberculose n'y fait guère de progrès, ce qui serait fatal si le bacille avait tant d'influence contaminante. C'est qu'en effet, l'homme qui passe presque les deux tiers de son temps exposé à l'air vif et pur des champs, combat efficacement les influences morbides. S'il y a légère augmentation dans les chiffres annoncés pour ce milieu, cela tient d'abord à ce qu'il y a beaucoup plus de petites industries locales, et surtout en majeure partie à la jeunesse tuberculeuse fabriquée dans les régiments.

L'armée pour nous médecins, paraît une épouvantable plaie sociale, dégradant la race, non seulement par les habitudes d'oisiveté et d'alcoolisme, mais par la diffusion des maladies vénériennes et la mise en évolution de la tuberculose. Les médecins militaires constatent avec désespoir la progression croissante de la phtisie pulmonaire, alors qu'ont été réalisées d'importantes réformes hygiéniques, qu'une sélection meilleure a été faite dans les conseils de révision. Comme la vie au grand air semblerait plutôt de nature à renforcer les citadins et les ouvriers d'usine, malgré la condition inverse faite aux populations rurales transportées dans un milieu urbain, mais plus résistantes physiquement, on a incriminé une forte contagion à la caserne. C'est encore une de ces assertions théoriques qui vaut contre les faits, et d'ailleurs, l'accord est loin d'être parfait entre les médecins militaires ; le plus grand nombre pense avec Collin et Kelsch, que le service militaire ne crée pas la tuberculose, mais fait évoluer les états latents. Cependant pourquoi cette progression constante, alors que l'hygiène est meilleure et que les conseils de révision éliminent mieux les suspects. Il y a là une question obscure à laquelle se rattache probablement la question de la vaccine ; il y a, en effet, un petit clan qui prétend que c'est à l'abus des vaccinations et revaccinations qui sévit surtout à la caserne, que nous devons l'augmentation fatale de la phtisie pulmonaire, alors que les autres maladies contagieuses diminuent considérablement sous l'effet pur d'une meilleure hygiène.

Je veux donc vous mettre sous les yeux, les arguments exposés, car il faut discuter, étudier et resoudre cette question qui doit être entièrement reprise. Je serai d'autant plus impartial que je n'ai pas pris parti, soit comme vaccinateur, soit comme anti-vaccinateur, et que je suis à cet égard dans une grande perplexité. car il m'a semblé entrevoir des relations évidentes dans certains faits.

La variole, nous le savons tous, fournit parmi ceux qu'elle a touchés et épargnés, une grande proie à l'évolution tuberculeuse ultérieure. Qu'est-ce que la vaccine ? Je ne me permettrai pas de trancher la question étant données les divergences d'idées émises à cet égard, cependant il me semble que la majorité, à toutes les époques, en a fait une variole animalisée ; on peut donc déjà poser en principe que si l'une favorise l'éclosion de la tuberculose, l'autre peut avoir les mêmes propriétés. La vaccination de bras à bras étant à peu près abandonnée, nous ne devons plus envisager la greffe secondaire de tuberculose par ce mode de pratique, mais le problème reste le même, car nous savons que l'espèce bovine donne à la tuberculose une morbidité plus grande que l'espèce humaine. Ces considérations doivent nous inciter à étudier longuement la relation de la vaccine et de la tuberculose, à remettre sur le métier la question à laquelle je ne puis malheureusement qu'apporter des prémices de seconde main.

Certains auteurs ont prétendu que le *cow-pox* et le *horse-pox* n'étaient que des manifestations tuberculeuses spéciales, ou mieux scrofuleuses, des espèces bovine et équine ; d'autres ont dit que les vésicules de *cow-pox* pouvaient être confondues, sans distinction possible, avec les vésicules de scrofule animale et par suite, que nombre de vaccins étaient des expériences d'inoculation de scrofule. Il y aurait, en faveur de cette opinion, ce fait avéré, que les hommes de faible constitution, les scrofuleux, n'ont souvent que des boutons de vaccine flétris, ou présentent des échec à l'inoculation ; déjà en 1829, le Dr Hedersus avait écrit la même chose.

De plus, avant 1880, Nilson Fix avait, en quatre séries d'expériences, montré que la lymphe de vaccine introduite dans le corps d'un cochon d'Inde avait fait naître la maladie tuberculeuse chez cet animal. D'autres ont montré que la vaccination la produisait chez les poules. En 1881, Collins (de Londres) disait que si l'on applique une préparation chimique irritante (un vésicant) sur la peau d'un cobaye ou d'un lapin, et qu'on renforce successivement la lymphe par inoculation à une série d'animaux, jusqu'à ce qu'un poison puissant soit obtenu, on obtient à s'y méprendre des affections scrofuleuses. Le seul de ses enfants que Jenner ait vacciné mourut, quelque temps après, de phtisie.

Les antivaccinateurs anglais, qui sont nombreux, ont développé des statistiques prouvant que les morts par tuberculose, sur 100.000 habitants, augmentaient continuellement et progressivement en passant des périodes où la vaccine était volontaire, puis devint obligatoire et enfin fut imposée. Il ne faudrait pas croire que les antivaccinateurs soient des sectaires sans expérience. Le Dr Epps (de Londres), qui fut pendant vingt-cinq ans directeur de l'Institut de vaccine et avait suivi 120.000 vaccinations personnelles, disait : « la vaccine modifie l'organisme de façon à prédisposer aux affections des membranes muqueuses » et Collins, de même pratique s'écriait : « Si je vous racontais l'histoire du tiers des victimes de nos vaccinations, votre sang se glacerait dans vos veines. » Il les accuse de prédisposer à la scarlatine, la rougeole, les affections chroniques et la consomption.

Le Dr Boucher (ancien médecin militaire), attribue à la vaccine la forte recrudescence des épidémies en notre siècle, et l'augmentation sans cesse croissante de la tuberculose. Rilliet et Barthez avaient dit anciennement : « nous ne regardons nullement la vaccine comme une « cause de tubercules ; nous constatons seulement que « les enfants vaccinés meurent plus souvent tuberculeux que non tuberculeux, et que le contraire a lieu « pour les enfants non vaccinés. »

J'ai voulu vous signaler ces faits, pour vous montrer qu'il y a certainement là, la base d'une série de fortes études qu'il est essentiel et indispensable d'entreprendre et qu'il ne faut pas les rejeter de parti pris.

La question de la contagion à l'hôpital est insoluble, les ouvriers qui y sont soignés voyant l'aggravation de leur déchéance préparée par un mauvais milieu, et nombre de leurs affections étant les débuts indirects ou directs d'une tuberculose latente.

Du moment que nous avons vu que la contagion familiale directe n'était pas fréquente, je crois inutile de signaler le peu fondé des contages attribués aux poussières des lieux publics, aux livres, voire aux billets de banque et pièces de monnaie ; le médecin le plus contagioniste recevra sans sourciller et sans les faire désinfecter, les cadeaux et les louis de ses tuberculeux.

Le développement de l'idée de contagion tuberculeuse a été cause de désespoirs et d'égoïsmes ; on envoie les malades dans les sanatoria, non pour leur guérison, mais par peur de la contagion ; beaucoup de familles riches s'en débarrassent ainsi. Les stations du littoral méditerranéen, les stations balnéaires et climatériques admettant les tuberculeux au milieu d'autres malades ont été mises en suspicion, de peur de la contagion dans les hôtels ; cependant, les praticiens de ces pays n'ont jamais signalé de contamination de ce fait, ils se doivent donc à eux-mêmes de démontrer la fausseté de ces conclusions théoriques, afin de ne pas faire perdre aux patients les bénéfices d'une cure souvent efficace. Royat, qui admettait autrefois, avec avantage, les vieillards tuberculeux et les tuberculoses à débuts gastriques, ne veut plus les admettre aujourd'hui, de peur de faire partir les autres malades, je trouve la chose déplorable.

Pour la contagion génitale, il y aurait à envisager s'il n'y a pas, comme pour la syphilis, une loi semblable à la loi de Colles ? à voir si une mère ne pourrait être contaminée indirectement par le fœtus ? Mais la contagion directe est exceptionnelle. L'hérédité tuberculeuse ou la transmission du milieu qui fera facilement une déchéance tuberculeuse, porte à son avoir un certain nombre de cas qui doivent compter.

En résumé, la contagion de la tuberculose est rare, exceptionnelle, elle ne se produit que par un contact intime et une promiscuité prolongée. Les autres modes de contagion sont loin d'être avérés. Après l'hérédité, ce sont les conditions sociales qui sont en majeure partie les causes du développement de la tuberculose, c'est à elles qu'il faut s'attaquer pour faire œuvre utile.

M. le Dr Edmond VIDAL. — Le traitement de la tuberculose pulmonaire soulève le plus passionnant des problèmes de thérapeutique, et je vous demanderai, à ce sujet, de revenir un instant sur un point de biologie que je n'ai fait qu'effleurer dans mon rapport sur les sérums. A propos du mode d'action des sérums organiques, je vous disais que ces sérums sont, non pas des antitoxiniques, mais des stimulants des cellules de l'organisme des *stimulines*. Ces stimulines, directement portées au contact des cellules par le torrent circulatoire, ont pour but d'augmenter leur résistance instinctive à l'ennemi venu du dehors, au bacille et à ses toxiques. Croyez-vous qu'il ne vaudrait pas mieux augmenter *ab ovo*, *cette résistance des cellules organiques* qui permettrait à l'individu de vivre impassible au milieu des germes tuberculeux, et qui amènerait à la longue l'extinction du mal ?

Pensez-vous que ce ne soit pas renverser le problème que de chercher à enrayer la marche envahissante de la tuberculose par la création de sanatoriums où ne pourraient être soignés que l'infime minorité des tuberculeux ?

Vivant en égoïste, l'homme cherche à se préserver personnellement, mais il ne songe guère aux générations futures et oublie trop que sa propre existence n'est en somme qu'un bien petit anneau de la chaine universelle. Les pouvoirs publics, quand par hasard ils daignent abandonner un instant leurs querelles de partisans pour s'intéresser aux vraies questions sociales, au relèvement de la race, restent sous l'influence de ces idées égoïstes et personnelles et songent seulement à repousser l'ennemi quand déjà il est dans la place.

La question de la lutte contre la tuberculose est la vraie question sociale et non pas la journée de huit heures ou le droit à la grève : Les confrères qui voient chaque jour, comme moi, les ravages que fait le terrible bacille dans tous les milieux sociaux, chez l'ouvrier comme chez le millionnaire, ont le devoir de crier casse-cou à la société et de lui imposer la lutte contre le fléau. C'est au médecin à tracer la voie au législateur et à formuler nettement les mesures à prendre pour empêcher l'évolution croissante de la tuberculose.

L'instruction des masses, la persuasion, les ligues de toute nature n'aboutiront pas davantage que dans la lutte contre l'alcoolisme ; c'est seulement le jour où, mieux éclairés, les pouvoirs publics se décideront à comprendre qu'il y va de l'existence de la société tout entière, qu'on pourra faire de la bonne besogne.

Comme jusqu'à ce jour la sérothérapie a refusé de livrer ce remède spécifique sur lequel on comptait depuis la découverte du bacille de Koch, l'on se rabat maintenant sur les sanatoriums, et l'on croit avoir tout fait pour les tuberculeux en créant quelques maisons de cure ou en cherchant à en créer d'autres, snobisme que tout cela ; la mode est au sanatorium, le sanatorium doit guérir la tuberculose.

Il guérira, en effet, la tuberculose si le malade qui y est envoyé est à l'abri, pour le reste de ses jours, des causes qui ont favorisé l'éclosion de son mal, si le fils de famille renonce à Maxim's et à ses maîtresses, si l'ouvrier délaisse le surmenage et l'assommoir. Croyez-vous la chose possible? moi, je n'en crois rien.

Au sortir du sanatorium, après quelques mois, parfois quelques années de répit, le sujet ayant recommencé son travail ou ses plaisirs, sera bientôt repris de sa tuberculose qui évoluera cette fois jusqu'au bout.

Est-ce là un remède curatif? non, c'est à peine un palliatif, et l'on pourrait certainement arriver à de bien meilleurs résultats en empêchant l'individu de devenir tuberculeux, par une véritable culture biologique des cellules de son organisme.

Cette culture, il faudra la commencer très tôt, dès la naissance, et son principal facteur, ce sera l'allaitement maternel. Le lait de la mère est, pour l'enfant, la meilleure des stimulines, et l'enfant, nourri par sa mère, a plus de chance qu'un autre de résister à l'infection.

A côté de son action nutritive, le lait de la mère a une indéniable action sur le développement de l'enfant, action due, sans doute, aux zymases qu'il contient, zymases très proches parentes de celles auxquelles on tend à attribuer les effets utiles des sérums organiques.

Ainsi, le lait ne serait autre qu'un sérum organique nutritif; mais si son action nutritive se fait sentir sur tous les sujets, l'action stimulique ne va que de la mère à l'enfant, peut-être en vertu de lois isothermiques non encore définies.

Le devoir du médecin sera donc de favoriser, en toute circonstance, l'allaitement maternel ; qu'il médite les paroles que M. Brieux, dans cette admirable pièce : *Les Remplaçantes*, qu'on joue en ce moment chez Antoine, place dans la bouche du Dr Richon :

« Le malheur, c'est qu'on n'ait pas un aussi grand souci de la race humaine que de la race chevaline. Un éleveur ne mettrait pas le produit d'un pur sang à la mamelle d'une jument de fiacre — et cependant, vous, vous faites sucer à votre enfant le lait d'une femme sur laquelle vous n'avez d'autre renseignement qu'un certificat de bonne vie et mœurs délivré par un maire qui peut n'être qu'un complaisant, le lait d'une femme dans le verre de laquelle vous n'auriez pas voulu boire !... »

« Il faudrait avoir le courage d'aller jusqu'au bout. Il faudrait que l'allaitement maternel fût considéré comme le *service militaire des femmes*. Avant 1870, un homme riche avait, en France, le droit de se soustraire à l'impôt du sang et de s'acheter un homme, comme on disait alors. Il n'y a plus de remplaçants ; il faudrait qu'il n'y eût plus de remplaçantes. »

Veuillez m'excuser, si je fais entrer dans une discussion purement scientifique des arguments empruntés au théâtre. Mais je crois au rôle social du théâtre, et le médecin, ce vrai socialiste au même titre que le Christ, ne doit repousser aucun des éléments qui lui permettent de parfaire son grand œuvre.

Je demande donc à la Société de bien vouloir émettre le vœu suivant :

« L'allaitement maternel étant un excellent moyen prophylactique contre la tuberculose pulmonaire, la Société de médecine de Paris, estimant que dans cette grave question, grosse de conséquences sociales, il vaut mieux chercher à prévenir le mal qu'à le soigner, engage les pouvoirs publics à mettre à l'étude les moyens d'obliger les mères à nourrir leurs enfants, dans la mesure du possible. »

M. JULLIEN.— Ce n'est pas la première fois que je vois posée la question de l'allaitement maternel obligatoire. En 1872, au *deuxième Congrès de l'avancement des Sciences*, le Dr Caron la soumit à l'assemblée. C'était dans une séance de février, l'assemblée fatiguée et somnolente était sommée de se prononcer. Déjà les mains se levaient, quand le regretté Pr Trélat entra dans la salle. Il sortait d'un dîner, et arrivait tout émoustillé par le pétillement des conversations et la chaleur des meilleurs crus bourguignons; vite il se renseigne, et demande la parole. Jamais le maître ne fut plus éloquent. Il parle au nom de la liberté, il parle au nom du bon sens et de l'observation de tous les jours : « Où allez-vous, Messieurs, et où vous arrêterez-vous? Vous demandez aujourd'hui l'allaitement maternel obligatoire, demain vous demanderez le coït obligatoire »; cette boutade enterra la question sous les rires des assistants ; à 30 ans de distance, elle se réveille aujourd'hui, et je la combats, comme elle fut combattue il y a 30 ans. J'ai écouté avec infiniment de plaisir les beaux discours de MM. Grasset et Vidal, et comme eux je suis tout prêt à me faire l'apôtre de l'allaitement maternel, mais laissons de côté la loi et ses rigueurs, assez d'offenses sont déjà faites à nos libertés ; usons de notre influence, agissons par la persuasion sur les personnes qui nous donnent leur confiance, et que nous jugeons capables d'allaiter leurs enfants; notre devoir est de les y engager, et non de les y contraindre.

M. DRUELLE, interne à Saint-Lazare, lit une communication, intitulée : **Sur une observation de zoster du membre inférieur gauche**. (*Sera publiée.*)

Dépouillement du scrutin. — Ont obtenu : 1° M. BOUCHERON, candidat à l'honorariat :

Votants : 21.

Pour l'admission	6 voix.
Contre l'admission	14 —
Bulletin blanc	1 —

M. Boucheron n'est pas nommé membre honoraire.

2° M. FILARETOPOULO (d'Athènes), candidat au titre de membre correspondant étranger :

Votants : 20.

Pour l'admission	19 voix.
Contre l'admission	1

En conséquence, M. Filaretopoulo est nommé membre correspondant étranger de la Société de Médecine de Paris.

La séance est levée à 6 heures.

L'un des Secrétaires,
Edmond VIDAL.

LE BLANC DE CÉRUSE. — Le syndicat des peintres de Paris a reçu la communication suivante du sous-secrétariat des postes et télégraphes : « Le sous-secrétaire d'Etat a, dans le but d'éviter les effets pernicieux du blanc de céruse, décidé que, désormais, dans tous les locaux occupés par les services ou destinés à l'installation des bureaux, il sera fait usage exclusivement de peintures ou enduits à base de blanc de zinc, « oxyde de zinc ». En conséquence, les marchés, soumissions, cahiers des charges, baux, etc., prévoyant l'exécution de travaux de peinture, devront mentionner à l'avenir cette obligation qui sera également imposée aux entrepreneurs chargés d'effectuer des travaux de l'espèce en vertu de conventions verbales. » (*Le Temps* du 11 mars 1901. — Nous ne pouvons que féliciter M. Mougeot de sa décision.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Rédacteur spécial : M. Cyrille JEANNIN, interne des hôpitaux.

I. — Fréquence et signification des infarctus du placenta; par W. WILLIAMS. (*American Journal of Obstetrics*, juin 1900.)

I. — Après avoir retracé l'historique de l'étude des infarctus, où l'on remarque, principalement, les noms de Mauriceau, Cruveillier, Brachet et Jacquemier, l'auteur en établit la fréquence, qui serait de 63 0/0. Les infarctus blancs siègent plus souvent sur la face fœtale; les infarctus rouges sont d'habitude centraux. Histologiquement, les premiers se présentent comme composés de fibrine formant des myriades de bandes entrelacées, entre lesquelles ont voit persister le tissu placentaire originel; fréquemment les vaisseaux de villosités présentent, à ce niveau, des signes d'endartérite. Les infarctus rouges ne diffèrent des blancs que par la quantité de globules rouges qu'ils contiennent. Quant aux noyaux d'apoplexie placentaire proprement dits, ils constituent une classe bien à part.

Au point de vue étiologique, il semble que les lésions ont pour point de départ des altérations des vaisseaux de villosités : il s'agit, le plus souvent, d'endartérite à caractère oblitérant, avec, assez fréquemment, de la périartérite, ultérieurement, le syncytium dégénère par plaques. Les examens bactériologiques ont toujours donné des résultats négatifs on ne peut douter du rapport de ces infarctus avec l'albuminurie : dans les cas où ce syndrome a été assez intense pour nécessiter une interruption de la grossesse, on a toujours trouvé le placenta farci d'infarctus, ils ne semblent pas augmenter de nombre, dans les cas d'éclampsie, probablement, parce qu'il s'agit là d'une maladie aiguë. Les auteurs ont prêté un grand rôle à la déciduale dans la production des infarctus périphériques ; il est bien probable que le tissu qu'ils désignent comme déciduale est, en réalité, l'endoderme fœtal. De faibles degrés d'infarctus n'ont pas de signification pathologique; n'exerçant aucune influence sur la mère ou l'enfant, ils sont regardés comme un signe de sénilité du placenta. De larges et nombreux infarctus peuvent entraîner la mort du fœtus, ou du moins, son développement incomplet.

II. — L'excitabilité réflexe et électrique pendant la grossesse; par TRIDONDANI. (*Ann. di ostetricia*, mars 1900.)

II. — Des recherches cliniques, faites sur un grand nombre de femmes enceintes, aux diverses périodes de la grossesse, l'auteur déduit les conclusions suivantes : 1° l'excitabilité réflexe est diversement modifiée : les réflexes superficiels sont sensiblement diminués ; exception doit être faite en faveur du réflexe abdominal qui est légèrement augmenté, surtout chez les primipares. Les réflexes profonds, tendineux, sont accentés, surtout le patellaire ; le réflexe pupillaire se rapproche du syndrome d'Argyll-Robertson. Le réflexe pharyngien est diminué; 2° l'excitabilité électrique (faradique) est sensiblement et constamment diminuée. Toutes ces modifications sont plus prononcées chez les primipares, et d'autant plus évidentes que la grossesse est plus avancée. Après l'accouchement, ces excitabilités reviennent progressivement à la normale, en dix jours en moyenne.

III. — Dilatation mécanique instrumentale immédiate du col utérin; par BOSSI. (*Ann. di ostetricia*, avril 1900.)

III. — L'auteur définit cette dilatation, un procédé qui a pour objet, à l'aide d'un instrument, de dilater le col suffisamment pour permettre l'extraction du fœtus, à n'importe quelle époque de la grossesse, et quelles que soient les conditions de souplesse et de dilatation de ce conduit. L'opération est basée sur le principe suivant : dans toute dilatation instrumentale, il faut tenir compte, non seulement de l'action dynamique du corps employé, mais aussi de son action excitante, point de départ de contractions énergiques. Ce procédé doit satisfaire à de nombreuses conditions, ne pas léser le vagin par le fait de l'écartement des branches, pouvoir être employé à n'importe quelle époque de la grossesse, même chez une primipare ; pouvoir donner une dilatation plus ou moins rapide, suivant l'urgence de l'indication, au besoin en moins de quinze minutes; ne pas causer de dégâts supérieurs à ceux

qui résultent d'un accouchement spontané, ce qui sera obtenu en dilatant le col peu à peu, seulement dans l'intervalle des contractions, et pendant que le doigt suit les progrès de la dilatation. Ainsi compris, ce procédé semble devoir remplacer avantageusement, les incisions du col, ou la section césarienne, et même la dilatation manuelle qui, dans certaines circonstances, peut être un procédé trop lent et trop incertain, de nature à compromettre la vie du fœtus.

Ce procédé répond aux indications suivantes : 1° Provocation de l'accouchement prématuré : on l'emploiera à la place de moyens trop lents, tels que laminaires, sonde, bougies, sacs de Barnes, etc, etc. De même, il pourra servir après l'emploi de ces moyens, quand l'indication devient plus urgente au cours de l'intervention, et qu'il faut en finir sans retard ; 2° accouchement forcé : c'est le cas des éclampsies graves menaçant la mère et l'enfant, des maladies du cœur ou des poumons, d'un placenta prævia avec hémorragie abondante, de la sténose anatomique du col. De même, il pourra, dans quelques cas, remplacer la césarienne *post mortem* ; 3° placenta incarcéré dans un utérus tétanisé. L'instrument de Bossi se compose essentiellement de trois branches en baïonnette, permettant un grand écartement de leur partie cervicale, sans bouger beaucoup les manches. Ces trois branches sont articulées de telle sorte qu'un seul écrou permet de les faire diverger. Enfin, pour que son introduction soit plus aisée, l'instrument possède une courbure pelvienne. L'auteur rapporte, à l'appui de sa méthode, de nombreux faits cliniques, et met à l'étude la question de l'adjonction d'une quatrième branche à son instrument.

IV. — Le bassin dans ses rapports avec le post-partum ; Par J.-A. Webster (*Amércan j. of. Obstetrics*, Ju y, 1900).

IV. — De l'étude de coupes congelées de cadavres de femmes mortes à diverses époques du *post-partum*, il résulte que, normalement, immédiatement après la délivrance, le corps utérin rétracté et contracté occupe la plus grande partie de la cavité pelvienne ; il comprime les tissus extra-utérins, compression surtout marquée entre l'utérus et les parois osseuses, beaucoup moins notable à la partie inférieure, à cause de la mollesse et du relâchement des tissus fibreux et musculaires constituant le plancher périnéal. Il en résulte une interférence dans la circulation des tissus extra-utérins : les parties inférieures au corps utérin (col, vagin, périnée, tissus sous-pelviens) sont congestionnés ; les tissus compris entre le corps utérin et les parois osseuses sont, par contre, anémiés, beaucoup de vaisseaux étant clos ou presque clos.

Dans le corps utérin lui-même, il y a anémie marquée, grâce à la compression des vaisseaux par la musculature contractée et rétractée. Ces conditions persistent pendant les quatre premiers jours du puerperium. Ces modifications dans l'état de l'utérus et des tissus péri-utérins nous font comprendre l'influence du changement des conditions circulatoires sur l'involution utérine. De même, les conditions spéciales créées au col et au vagin nous expliquent pourquoi il y a si souvent hémorragie à la suite de leurs blessures, hémorragie qui pourra devenir extrêmement grave quand les déchirures atteignent les tissus paracervicaux et paravaginaux si riches en sinus veineux. D'autre part, l'observation clinique a montré que, anormalement, l'hémorragie est beaucoup plus profuse et plus difficile à juguler dans les cas de bassins anormalement larges, tels que le juxta-major, l'uniformément agrandi, et le cyphotique (dont la plus grande partie est élargie), ou anormalement étroits, tels que les rachitiques.

V. — Indications et manuel opératoire de l'avortement provoqué ; Par Œhlschlagen. (*Centralblatt fur Gyn.* n° 27, 1900)

Les indications de l'avortement provoqué peuvent, d'après l'auteur, se classer comme il suit : maladies du cœur, avec tendance à l'anasarque (Olhsaüser), tuberculose pulmonaire avancée ; maladies des reins, s'aggravant du fait de la grossesse ; maladies de l'utérus, telles que carcinome, rétroflexion irréductible ; rétrécissements extrêmes du bassin, commandant la section césarienne, alors que la femme refuse cette opération ; enfin, vomissements incoercibles. La condition la plus favorable consiste à agir le plus tôt possible, une fois l'indication bien posée, car l'opération est d'autant plus difficile que l'on tarde davantage.

Œhlschlägen intervient de la façon suivante : il introduit jusqu'au fond de la cavité utérine un cathéter courbe, métallique, de deux millimètres de diamètre ; il est nécessaire d'aller jusqu'au fond, pour être certain d'atteindre l'insertion de l'œuf. Puis, on injecte, au moyen d'une seringue s'abouchant sur le cathéter, trois à quatre grammes de teinture d'iode ; ayant, ensuite, retiré le cathéter, on pose, dans le vagin, un tampon d'ouate ordinaire, afin d'éviter les brûlures de ce conduit. D'ordinaire, le sang apparaît trois jours après cette intervention ; cela se passe exactement comme si la femme revoyait ses règles. Dans le cas où, par suite d'une manœuvre imparfaite, l'avortement ne se ferait pas, on devrait recommencer l'opération. Après ces manœuvres, les femmes peuvent rentrer chez elles, et ne sont même pas forcées de garder le lit. La nouveauté de ce traitement réside dans l'emploi de la teinture d'iode, qui présente les avantages suivants : l'iode traversant rapidement les tissus tue le germe à bref délai ; elle opère une antisepsie préventive, elle éveille les contractions utérines. L'auteur fait remarquer, en terminant, que d'une façon générale, l'iode est un excellent topique contre les infections utérines, et qu'elle peut être appelée à remplacer le curettage.

VI. — Hématome de la vulve et du vagin ; Par A. L. Wright. (*Annals of Gynecology*, Boston, n° 11, 1900.)

VI. — D'après l'auteur, on a décrit sous le nom de thrombus, deux choses : l'hématocèle, c'est-à-dire l'hémorragie venant d'un vaisseau vaginal profond, et s'étendant du côté du pelvis, et l'hématome, c'est-à-dire l'épanchement sanguin dans une lèvre. Au point de vue pathogénique, il s'agit d'un épanchement dans le tissu cellulaire vaginal ou vulvaire et dans les tissus environnants ; ce n'est donc pas un thrombus au sens strict du mot. La gravité de cet accident a été très diversement comprise par les auteurs ; Perret, résumant les diverses statistiques, arrive à la proportion de 17 morts sur 43 cas ; une partie importante, dans cette léthalité, se rapporte à l'infection dont l'hématome constitue une porte d'entrée. Quant à la fréquence absolue de cet accident, elle serait de 7 pour 6000 d'après Dubois, de 1 pour 1600 d'après Winckel. Les erreurs de diagnostic ont été nombreuses ; on a confondu cette hématome avec une hernie, un placenta prævia, une présentation fœtale, etc. Se produisant fort rarement en dehors de la gravidité, à la suite d'un traumatisme intra-vaginal, l'hématome apparaît surtout lors des derniers temps de la grossesse et lors de l'accouchement. La grossesse y prédispose en créant une stase sanguine locale ; l'influence des varices est encore problématique ; il faut tenir compte des changements chimiques du sang chez les femmes grosses, changements capables d'altérer la nutrition des parois vasculaires. La syphilis et l'alcoolisme pourront agir en créant de l'endartérite. De même, en ne saurait nier l'influence d'une dystocie osseuse nécessitant des efforts exagérés, de mauvaises positions et des interventions qu'elles nécessitent. A la fin de la grossesse, le thrombus se produit rarement : il est dû, alors, à une violence locale (coït ou traumatisme). Lors de l'accouchement, il est la résultante de nombreuses causes : travail pénible et prolongé, grands efforts, altération préalable des parois vasculaires. Si, dans ces conditions, la tête exerce une longue compression, il pourra en résulter une nécrose capable d'amener une hématome parfois longtemps après la délivrance (51 jours dans un cas de Heffer). Les veines sont plus fréquemment lésées que les artères.

Les principaux symptômes sont : la douleur, par compression des filets nerveux, — très intense près du clitoris, presque nulle pour les lèvres ; — puis la compression du rectum et de la vessie, d'où phénomène de rétention. Quant à la tumeur, elle est capable d'obstruer l'introïtus, de s'étendre le long des cuisses ou de l'abdomen, de devenir rétropéritonéale. Dans ces cas, on observe tous les signes des grandes hémorragies internes. Suivant les cas, la tumeur évoluera vers la résorption spontanée, se terminera par écoulement, ou suppuration et gangrène. — Le pronostic est variable ; bénin à la fin de la grossese, il est grave avant la sortie de la tête.

L'action mécanique de la tumeur peu sensible pour la sortie de la tête, peut mettre un obstacle à l'écoulement lochial (Mme Lachapelle). — Comme traitement, il faudra, avant tout, hâter l'accouchement (on préférera le forceps à la version); on fera l'incision et le bourrage de l'hématome, puis le traitement général des grandes hémorragies.

VII. — Traitement de l'enclavement; par H. Lewis (*Americ. J. of Obstetrics*, July, 1900.)

VII. — L'enclavement, « impaction », est une position telle, que la présentation fœtale, engagée dans la filière génitale, ne peut ni progresser lors des contrations, ni rétrocéder dans leurs intervalles. — Cet enclavement amène l'anémie des tissus qui, en se prolongeant, pourra causer la nécrose, — et, d'autre part, la congestion et l'œdème. — Parmi les moyens à employer, il en est de médicaux; l'ergot de seigle est à proscrire formellement, l'alcool et la quinine ont une action bien douteuse. — Les autres sont obstétricaux; la césarienne est à rejeter puisqu'on ne pourra faire remonter la tête; — il nous reste donc, théoriquement, trois procédés; ou bien, on renforcera les forces d'expulsion (traction, pression); ou bien on élargira le contenant (symphyséotomie); ou enfin, on réduira le contenu (opérations fœticides). — Les indications varient avec chaque cas : S'il s'agit d'un siège, on pourra tenter le forceps en prise sacro-tibiale; — les lacs seront moins dangereux, mais plus difficiles à poser qu'un crochet; les tractions digitales seront, d'habitude, un bon procédé. — En cas d'échec, on fera la symphyséotomie, ou si l'enfant est mort, l'embryotomie. Dans la présentation de l'épaule, on ne pourra compter qu'exceptionnellement sur l'évolution spontanée. — S'il est temps encore, on pratiquera la version, — sauf si l'enfant est agonisant. — Dans tous les autres cas, on fera la décapitation. — Les présentations du sommet nécessitent, pour être bien traitées, un examen minutieux, au besoin favorisé par l'anesthésie, de la mère (pelvimétrie) et de l'enfant (céphalométrie). — Dans les occipito-antérieures, l'accouchement prématuré est indiqué comme moins dangereux que l'application du forceps à terme. — On ne tentera le forceps au détroit supérieur que lorsqu'il ne nécessite pas de trop fortes tractions. — La symphyséotomie sera faite après l'échec d'un forceps prudemment posé, et quand les conditions d'asepsie le permettent. La craniotomie semble n'être indiquée que très exceptionnellement, dans les cas de bassin en entonnoir très vicié. — Dans les positions postérieures, la thérapie se résume en deux principes; maintenir la flexion de la tête, effectuer la rotation. — Si l'on a affaire à une présentation de la face, on pourra tenter, au début, une application de forceps. Plus tard, après l'échec de cet instrument, on sera réduit à pratiquer la symphyséotomie, si l'enfant est vivant, — la perforation dans le cas contraire. — Dans le cas d'une variété frontale, on essaiera le forceps ou la version, — à moins qu'on ne puisse changer cette présentation en une face proprement dite, ou en un sommet. — Enfin, quand on est en présence de monstres, l'enfant n'étant pas viable, l'accoucheur n'a qu'à épargner la mère; il emploiera, dans ce but, les opérations fœticides, c'est-à-dire, suivant les cas : l'éviscération, l'embryotomie, la cranioclasie, la cléidotomie, etc.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement médicamenteux des bronchites chroniques et de la tuberculose par l'Hélénine créosotee.

Les propriétés de l'hélénine sont bien connues de nos lecteurs, et nous ne rappellerons sa bienfaisante action dans les bronchites chroniques et la tuberculose que pour insister sur son association à la créosote, qui augmente l'action réciproque de ces deux principes médicamenteux. Le Dr de Korab, après une longue expérimentation, a pu établir la puissance thérapeutique de l'hélénine créosotée. Les globules d'*hélénine créosotée de Korab* à la dose de 2, 3 ou 4 par jour sont acceptés sans dégoût et sans répugnance par les malades; la créosote est mieux tolérée par l'estomac, grâce à l'action calmante de l'hélénine sur les muqueuses. L'absorption du médicament est fort rapide comme en font foi les exhalations créosotées jointes au parfum de l'hélénine dix minutes après l'administration des globules. En un mot, l'*hélénine créosotée de Korab* doit tenir une place de choix dans la liste trop courte des médicaments efficaces des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire.

CORRESPONDANCE

A propos de l'encombrement des hôpitaux.

Paris, mars, 1901.

A Monsieur J. Noir, *secrétaire de la rédaction du* Progrès médical,

Mon cher Confrère,

Dans le compte rendu de la séance du 22 février à la Société médicale des Hôpitaux et dans un article sur l'encombrement dans les hôpitaux (*Progrès médical* du 2 mars 1901), vous avez reproduit le chiffre de 7 mètres cubes que j'ai donné comme le cube d'air auquel sont réduits les malades dans la grande salle des hommes de l'hôpital Andral.

Je dois à la vérité de déclarer que je me suis trompé, ou plutôt que j'ai été trompé, par les chiffres que m'a fournis l'architecte de l'hôpital, il y a deux ans.

En réalité, en temps normal, le cube d'air alloué à chaque malade dans la grande salle des hommes est de 18 mètres cubes, déduction non faite du mobilier de la salle. Grâce aux brancards, ce cube d'air est parfois tombé à 11 ou 12 mètres cubes.

Bien que plus élevés, ces chiffres n'en sont pas moins très insuffisants. La puanteur est quelquefois si forte que les personnes qui pénètrent dans les salles, avant qu'on ait ouvert les fenêtres, sont suffoquées et menacent parfois de se trouver mal.

L'encombrement, regrettable et nuisible partout, atteint souvent dans mes salles, basses de plafond, un degré excessif; la situation est absolument intolérable.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments bien dévoués. A. Mathieu.

VARIA

Cinquième Congrès international de Physiologie.
(*Turin*, 17-21 *septembre* 1901.)

La cinquième session du Congrès international de Physiologie se tiendra à Turin du 17 au 21 septembre 1901 dans l'Institut de M. le Pr A. Mosso, conformément à une décision prise dans la séance de clôture du IVe Congrès, réuni à Cambridge, le 26 août 1898. Les séances des 17, 18, 19 et 20 septembre seront remplies par les travaux ordinaires du Congrès (communications et démonstrations). La journée du 21 septembre sera consacrée à des séances plénières d'intérêt général, dans lesquelles seront entre autres soumis au Congrès les travaux de la Commission internationale nommée à Cambridge (appareils enregistreurs, calorimétrie, unités de mesure dans la physiologie des organes des sens), et la nomination du Comité directeur pour le Congrès suivant.

Envoyer les adhésions à M. le Dr Z. Treves, secrétaire local, Corso Raffaello, 30, Turin, et lui faire connaître, pour le commencement d'août au plus tard, le titre des communications ou expériences, ainsi que la liste détaillée des appareils et sujets qui pourraient être nécessaires aux présentations. La contribution personnelle aux frais du Congrès est fixée à dix francs, à verser entre les mains de M. le Dr Treves, au mois de septembre 1901, contre remise de la carte de membre.

Le Pr A. Mosso, président du Congrès, se met gracieusement à la disposition de ses collègues et de MM. les mécaniciens, pour leur fournir toutes les facilités, tant pour leurs démonstrations que pour leur participation à l'exposition d'appareils scientifiques intéressant la physiologie. Cette exposition restera ouverte du 14 au 23 septembre 1901. La station zoologique de Naples y exposera les animaux marins les plus utiles pour la physiologie comparée. Seront admis, tous les envois des membres du Congrès, des directeurs de laboratoires de phy-

siologie, ainsi que des mécaniciens recommandés sérieusement.

Comité international : MM. A. Mosso (de Turin), *président*. — Bohr (de Copenhague), Bowditch (de Boston U. S. A.), Dastre (de Paris), Héger (de Bruxelles), Kronecker (de Berne), Wedensky (de Saint-Pétersbourg), *membres*. — Fano (de Florence), Fredericq (de Liège), Grützner (de Tubingue), Sherrington (de Liverpool), *secrétaires généraux*.

Concurrence déloyale.

Sous ce titre, nous avons reproduit un article de la *Petite République* au sujet duquel M. le Dr H. Labonne nous adresse une lettre de protestation. Notre honorable correspondant rappelle qu'il a fondé la *Société d'Editions scientifiques* et déclare que, tout en abandonnant la direction de cette Société, il y a laissé une somme de 80.000 francs; il ajoute que le jugement visé par l'article en question n'est pas définitif.

Nous prenons très volontiers acte de ces déclarations. Le *Progrès Médical* est un journal d'informations. En découpant dans la *Petite République* l'article en question, nous n'avons pas fait autre chose que de mettre nos lecteurs au courant de faits pouvant les intéresser, puisqu'il s'agit d'un débat intervenu entre deux maisons éditant des livres de médecine.

Le Dr Labonne, dans sa lettre, mettant en cause des tiers, il nous est difficile de la reproduire, ne désirant pas engager le journal dans une polémique d'intérêts particuliers.

Les accidents dus aux rayons Röntgen en justice.

Nos lecteurs se souviennent de l'accident fâcheux survenu à la cliente d'un Dr Z..., traitée par les rayons X, pour la cure d'une névralgie faciale. Une brûlure assez étendue du visage avait été la conséquence du traitement et la victime avait intenté un procès contre le médecin radiologue qui l'avait ainsi soignée. Ce dernier a été condamné par le tribunal de la Seine à 5,000 francs de dommages-intérêts. Quelques considérants du jugement méritent d'être publiés :

« Attendu que la faute opératoire apparaît non seulement comme ordinaire, mais comme particulièrement grave;

« Attendu que la faute grave et même la faute simple n'est pas nécessaire pour engager la responsabilité du Dr Z...;

« Qu'en effet, dans l'état actuel des faits révélés par le rapport et les débats, ce dernier apparaît non comme médecin pour lequel certaines écoles voudraient admettre une sorte d'irresponsabilité scientifique, même dans les plus grandes audaces ou les plus évidentes erreurs, *mais comme un industriel d'un ordre particulier, responsable non seulement de sa faute lourde, non seulement de sa faute légère, mais d'après les principes généraux du droit, de tout fait causant à autrui un préjudice.* »

Voilà une appréciation nouvelle et sévère qui mérite d'être méditée.

Le nombre des Médecins en Autriche.

Voici la répartition des médecins en Autriche en l'année 1897, d'après les données de la statistique établie par la commission centrale : Dans cette année, il y eut en Autriche 9.494 médecins. Leur nombre augmente continuellement comme le montrent les chiffres suivants :

	DOCTEURS EN MÉDECINE		CHIRURGIENS		TOTAL DES MÉDECINS	
Années.	Ayant une place.	Sans place.	Ayant une place.	Sans place.	Ayant une place.	Sans place.
1888	3.033	2.290	918	982	3.951	3.272
1889	3.150	2.310	902	905	4.052	3.215
1890	3.543	2.242	874	825	4.417	3.067
1891	3.749	2.329	874	718	4.623	3.047
1892	4.082	2.472	909	622	4.991	3.094
1893	4.144	2 588	845	579	4.989	3.167
1894	4.416	2.880	820	513	5.236	3.393
1895	4.638	2.982	870	401	5.508	3.383
1896	4.808	3.094	836	364	5.644	3.458
1897	5.036	3.327	783	348	5.819	3.675

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 18.— *Dissection*. N. R. : MM. Rémy, Poirier, Retterer. 3e *de Doctorat* (1re *partie*) (1re *série*). Oral. N. R : MM. Pinard, Segond, Sébileau. — (2e *série*). Oral. N. R : MM. Reclus, Varnier, Mauclaire. — (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Walther, Delens, Lepage. — (2e *partie*) A. R. : MM. Brissard, Gilles de la Tourette, Launois. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Broca (Aug.), Jalaguier, Reynier. — (2e *série* : MM. Legueu, Tuffier, Lejars.— (2e *partie*) : MM. Hayem, Teissier, Méry.

MARDI 19.—*Dissection*. N. R. : MM. Farabeuf, Ricard, Thiéry. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). (1re *série*). N. R. : MM. Le Dentu, Wallich, Faure. — (2e *série*). Oral. N. R. : MM. Quenu, Brun, Bonnaire. — Oral. A. R. : MM. Campenon, Maygrier, Albarran. — (2e *partie*). Oral. N. R. : MM. Raymond, Letulle, Ménétrier.— 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. : MM. Guyon, Schwartz, Richelot. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Grancher, Thoinot, Vaquez. —(2e *série*) : MM. Troisier, Charrin, Thiroloix.

MERCREDI 20. — *Dissection*. N. R. : MM. Tuffier, Poirier, Lejars. — 2e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. : MM. Launois, Rémy, Gley.—3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. (1re *série*): MM. Pinard, Delens, Mauclaire. Oral. A. R.: MM. Segond, Reynier, Varnier.— Oral N. R. : (2e *série*). : MM. Broca (Aug.), Sébileau, Lepage.

JEUDI. 21. — *Dissection*. N. R. : MM. Guyon, Campenon, Poirier. —3e *de Doctorat*. Pratique. N R (2e *partie*). : MM. Grancher, Hanriot, Teissier. — (2e *partie*). A. R. : MM. Netter, Roger, Marfan. —(1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Schwartz, Richelot, Wallich. — Oral. (1re *série*). N. R.: MM. Brun, Bonnaire, Thiéry. — Oral. (2e *série*). N. R. : MM. Bouilly, Remy, Albarran. — Oral. (3e *série*). N. R. : MM. Farabeuf, Maygrier, Ricard.

VENDREDI 22. — *Dissection*. N. R.: MM. Broca (Aug.), Walther, Sébileau. — 1re *de Doctorat*. Oral. N. R. : MM. Tuffier. Rémy, Retterer. — 2e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral : MM. Reclus, Reynier, Heim. — 4e *de Doctorat*. A. R. : MM. Landouzy, Thoinot, André. — 5e *de doctorat*. (1re *partie*). Chirur. (1re *série*): MM. Legueu, Segond, Mauclaire. — (2e *série*) : MM. Delens, Jalaguier, Lejars.— (2e *partie*). : MM. Grancher, Netter, Widal. — (1re *partie*). Obstétrique. : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 23. — *Dissection* N. R. : MM. Remy, Quenu, Poirier, — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. : MM. Blanchard, Letulle. Roger. — (1re *partie*). Oral. A. R : MM. Bouilly, Ricard, Faure. — 4e *de Doctorat* N. R. : MM. Pouchet, Achard, Dupré, — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) (1re *série*). MM. Gilbert, Ménétrier, Thiroloix. — (2e *série*). : MM. Joffroy, Hallopeau, Marfan. — (1re *partie*). Chirurgie : MM. Brun, Richelot, Albarran.— (2e *partie*) : MM. Debove, Troisier, Widal. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Maygrier, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 20. — M. Courchet. Contribution à l'étude des anévrismes cirsoïdes du cuir chevelu. — M. Noel. Considérations sur les déformations osseuses du pied bot congénital et leur traitement. — M. Polonsky. Contribution à l'étude des fistules congénitales sacro-coccygiennes. — M. Taranto. Les ostéomes de l'orbite. — M. Rebreyend. Les plaies perforantes de l'utérus. — M. Borges de Castro. Les hémorragies du sinus longitudinal supérieur. — M. Bailleau. Des tachycardies de la ménopause. — M. H. Bernard. Etude clinique sur la colique de plomb. — M. Allanic. Du role de certains médicaments et en particulier des anesthésiques dans la genèse des troubles labyrinthiques.

JEUDI 21. — M. Glennie. Broncho-pneumonie intestinale. (Etude clinique.) — M. Guéry. La suppuration des fibromes utérins. — M. Bazil. Des albuminuries intermittentes. — M. Fradin. Infection et épilepsie.

Enseignement médical libre.

Cours d'ophtalmologie. — Le Dr A. TERSON, le jeudi, à 5 heures : *Traitement médical et chirurgical des maladies des yeux*. Exercices opératoires après les leçons de chirurgie. — Le cours est gratuit. — S'inscrire *à l'avance* (ou par lettre), tous les jours, de 1 à 2 heures, 52, rue Jacob.

Technique histologique et histologie. — M. J. JOLLY commencera, le mardi 16 avril 1901, au Laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe, rue des Ecoles), une série de conférences pratiques sur la technique histologique et l'histologie. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures.

FORMULES

XX. — Contre la bronchite grippale.

Terpine	0 gr. 20 centigr.
Benzoate de soude	— 20 —
Glycerophosphate de chaux . .	— 15 —
Codeine	— 01 —

Pour 1 cachet. Prendre 3 ou 4 de ces cachets par jour. N.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 3 mars au samedi 9 mars 1901, les naissances ont été au nombre de 1.212 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 454, illégitimes, 157 Total, 611. — *Sexe féminin* : légitimes, 442, illégitimes, 159. Total, 601.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 3 mars au samedi 9 mars 1901, les décès ont été au nombre de 1181, savoir : 613 hommes et 568 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 3, F. 2, T. 5. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 2, F. 5, T. 7. — Rougeole : M. 4, F. 2, T. 6. — Scarlatine : M. 1, F. 3, T. 4. — Coqueluche : M. 2, F. 1, T. 3. — Diphtérie et Croup : M.9, F. 4, T.13. — Grippe : M. 15, F. 10, T. 25. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M.0, F. 0, T. 0, — Autres maladies épidémiques : M. 3, F, 2, T. 5. — Tuberculose des poumons : M. 147, F. 103, T, 250. — Tuberculose des méninges : M. 10, F. 7, T. 17. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 3, T. 12. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 18, F. 25, T. 43. — Méningite simple : M. 9, F. 10, T. 19. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 24, F. 20, T. 44. — Maladie organique du cœur : M. 27, F, 38, T. 65. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 11, T. 21. — Bronchite chronique : M. 20, F. 31, T. 51. — Pneumonie : M. 35, F. 45, T. 80. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 84. F. 64, T. 148. — Affection de l'estomac (cancer exc.) : M. 3, F. 2, T. 5. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 3, F. 2, T. 5; autre alimentation, M. 11, F. 14, T. 25. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Hernies, obstruction intestinale : M. 1, F. 8. T. 9. — Cirrhose du foie : M. 0, F. 0, T. 0. — Néphrite et mal de Bright : M. 17, F. 13, T. 30. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 8, T. 8. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 25, F. 23, T. 48. — Débilité sénile : M. 14, F. 37, T. 51. — Morts violentes : M. 17, F. 7, T. 24. — Suicides : M. 8, F. 4, T. 12. — Autres maladies : M. 78, F. 61, T. 139. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 11, F. 3, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 66, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 25, illégitimes, 16. Total : 41. — *Sexe féminin* : légitimes, 20, illégitimes, 5, Total : 25.

Faculté de Médecine de Paris. — *Cours de clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu). — Professeur : M. S. Duplay. — M. Legueu, agrégé, chargé de cours, a commencé son cours le vendredi 8 mars 1901, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale, sous la direction de MM. Berger, professeur, et Hartmann, agrégé. Cours de M. le Dr Proust, prosecteur. — *Opérations sur l'appareil génito-urinaire de l'homme*. — Ouverture le mercredi 20 mars, à 1 h. 1/2. — I. Néphropexie. — II. Néphrotomie, néphrostomie, néphrectomie. — III. Chirurgie de l'uretère. Cathétérisme de l'uretère. Uretéro-cysto-néostomie. — IV. Taille hypogastrique. — V. Voie périnéale (taille, opérations sur la prostate, etc.). — VI. Lithotritie. — VII. Uréthrotomie interne. Ponction hypogastrique, castration. — VIII. Amputation de la verge, circoncision. — IX. Uréthrotomie externe, résection de l'urètre. — X. Cure radicale de l'hydrocèle vaginale. — *Nota*. Quelques-unes de ces opérations seront pratiquées sur l'animal vivant anesthésié.

Exercices opératoires (Ecole pratique). — Sous la direction de M. le Pr Berger et de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire. — *Premier cours* : M. le Dr Cunéo, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, a fait sa première démonstration le mercredi 13 mars 1901, à 1 h. 1/4 précise, pavillon no 3. — *Deuxième cours* : M. le Dr Ombredanne, professeur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration le jeudi 14 mars 1001, à 1 h. 1/4 précise, pavillon no 7.

Conférences de thérapeutique. — M. Vaquez, agrégé, a commencé ces conférences le lundi 11 mars 1901, à 5 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — *Sujet des conférences* : Thérapeutique élémentaire, médications symptomatiques.

Amphithéatre d'anatomie. — *Programme des cours de la saison d'été*. — 1o *Cours de médecine opératoire*, sous la direction de M. le Dr Quénu, directeur des travaux scientifiques. MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 15 avril 1901. — 2o *Conférences d'histologie*. Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le Dr Macaigne, chef du Laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir du jour de la publication de la présente affiche.

Chaires de clinique gynécologique et de clinique chirurgicale des enfants a la Faculté de Paris. — La commission mixte du Conseil de l'Université et du Conseil municipal a proposé les noms suivants : Pour la *chaire de gynécologie*. En première ligne, M. Pozzi; en deuxième, M. Bouilly; en troisième, M. Segond. Pour la *chaire de chirurgie des enfants*. En première ligne, M. Kirmisson; en seconde, M. Brun et en troisième, M. Broca.

Nouveaux journaux. — Signalons l'apparition des *Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique*, journal bi-mensuel dont notre distingué confrère, le Dr Butte, est rédacteur en chef et qu'édite la Société d'éditions scientifiques, et celle de la *Source*, organe de l'Union française des Femmes pour la Tempérance, que vient de fonder Mme Legrain, la femme du savant médecin de Ville-Evrard, qui a donné en France une si active impulsion à la campagne anti-alcoolique. Grand succès et longue vie à nos nouveaux confrères. (*La Rédaction*.)

Hommage a la Science française. — Le *Siglo medico* inaugure le siècle, en publiant une série de bulletins intitulée : « les Conquêtes du siècle en médecine et en chirurgie ». Les deux premiers sont deux médecins français, Hayem et Bernheim (de Nancy). C'est là un des nombreux témoignages d'estime et de sympathie que ne cessent de prodiguer nos confrères espagnols à la science française.

Hommages a Ramon y Cajal. — Après la grande cérémonie universitaire de Madrid, après l'imposante manifestation des étudiants devant la légation espagnole au Chili en l'honneur du grand histologiste, les villes d'Espagne lui envoient des adresses de félicitations; celle de la ville de Saragosse illustrée par le peintre Lafuente est une véritable œuvre de grand art.

Voyages d'études médicales. — Le prochain voyage d'études médicales aux eaux minérales françaises aura lieu dans la première quinzaine de septembre 1901. Il comprendra les stations du sud-est de la France : Evian, Divonne, Saint-Gervais, Sanatorium d'Hauteville, Aix, Marlioz, Challes, Salins-Moutiers, Brides, Allevard, Uriage, La Motte, Vals, Lamalou. Comme les précédents voyages d'études médicales qui ont eu un si un grand succès — en 1899 aux stations du Centre. et en 1900 aux stations du Sud-Ouest — le voyage d'études médicales de 1901 est placé sous la direction scientifique de M. le Pr Landouzy, qui fait sur place des conférences sur la médication hydro-minérale, ses indications et ses applications. Le programme détaillé sera publié par le Dr Carron de la Carrière. organisateur des voyages d'études médicales, dès que les Compagnies de Chemins de fer auront fait connaître leurs horaires d'été.

Distinctions honorifiques. — Est promu au grade d'*officier* de la Légion d'honneur : M. le Dr Maurel (médecin de réserve de la marine), et de *chevaliers* : MM. les Drs Josset, Vaissette (de Paris), J.-P. Guglielmi (d'Oran); Vaucel (médecin de réserve de la marine).

Mérite agricole : MM. les Drs Cornet et Sebillotte (de Paris) ont été nommés chevaliers du Mérite agricole.

Promotion du Val-de-Grace. — Le *Journal officiel* publie la liste alphabbtique de 59 élèves de l'école du service de santé militaire de Lyon qui, reçus docteurs en médecine, sont nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe, pour suivre les cours de l'école d'application du service de santé militaire du Val-de-Grâce.

Hopital de Lille. — La commission des hospices a décidé de poursuivre devant le tribunal civil la restitution à la ville et à la Faculté de l'Etat des services de l'hôpital de la Charité, dont un arrêté du maire de Lille, en 1875, a donné la jouissance à la Faculté catholique de médecine. (*Le Temps* du 5 février 1901).

En Amérique. — Les femmes de Minnesota se soulèvent contre le projet de loi, présenté par le docteur Chilton, sénateur, fixant à quarante-cinq ans la limite d'âge passée laquelle les femmes ne pourront plus contracter mariage. Elles protestent contre l'assertion de l'auteur du projet de loi qui prétend que les épouses ayant

atteint cet âge ne peuvent concevoir que des enfants faibles et chétifs. Les jeunes filles de Trenton, dans le New-Jersey, viennent de leur côté de former une association de tempérance dont chaque adhérente s'engage à ne pas se marier avec un homme qui ne s'abstiendrait pas strictement de toute boisson enivrante, y compris le vin, la bière et le cidre. (*La Lanterne*, du 23 février 1901).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr MOURETTE, médecin de l'hôpital de Saint-Quentin. — M. le Dr SURGER (de Berguettes). — M. le Dr COIZEAU (de Paris).

AVIS IMPORTANT A MM. LES DOCTEURS

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Pr RAYMOND : *Clinique des maladies du système nerveux.* Mardi et vendredi, à 10 heures. — M. le Dr Jules VOISIN : Conférences sur les maladies mentales et nerveuses, les jeudis, à 10 heures du matin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ (Amphithéâtre Potain). — M. le Dr MAYGRIER, agrégé : *Leçons cliniques d'obstétrique*, jeudi à 10 heures.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Conférences de radiologie médicale.* — M. le Dr A. BÉCLÈRE, le Dimanche à 10 heures du matin (salle de conférences de l'hôpital) ; nouvelle série de *huit conférences* sur les *premières notions de radiologie*, indispensables à la pratique de la Radioscopie et de la Radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades. — *Exercices pratiques de Radiographie.* Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du Dr Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine, tous frais compris.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr Albert ROBIN, le mercredi à 9 heures et demie, dans l'amphithéâtre des cours de la Pitié : leçons de clinique thérapeutique. — Objet du cours : Maladies organiques de l'estomac.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc.) — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie MASSON ET Ce,
120, boulevard Saint-Germain.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES FUSIONNÉE AVEC L'ASSOCIATION SCIENTIFIQUE DE FRANCE. — *Boulogne-sur-Mer.* 1re partie : Documents officiels, procès-verbaux. Volume in-8 cartonné de CXVI-526 pages, avec figures et un plan.

Stations hydro-minérales climatériques et maritimes de la France. In-8° cartonné de 458 pages, avec nombreuses figures. Prix . . . . 5 fr.

BAZY. — Maladies des voies urinaires (Thérapeutique générale. Thérapeutique symptomatique, médecine opératoire). In-8° de 191 pages. Prix : 2 fr. 50. Cartonné . . . . 3 fr.

BERTILLON (J.). — Annuaire statistique de la Ville de Paris XVIIIe année 1897). Volume in-4 de XXXII-806 pages.

GASSER (J.). — Analyse biologique des eaux potables. In-8° de 191 pages. Prix : 2 fr. 50. Cartonné . . . . 3 fr.

GOUGET. — L'insuffisance hépatique. In-8° de 202 pages. Prix : 2 fr. 50. Cartonné . . . . 3 fr.

JAVAL (A.). — De l'obésité. (Hygiène et traitement.) In-8 de 118 pages. — Prix . . . . 3 fr.

LACASSAGNE (A.). — Le vade-mecum du médecin-expert (guide médical ou aide-mémoire de l'expert, du juge d'instruction, de l'avocat, des officiers de police judiciaire). 2e édition, revue et augmentée. Volume in-18 de XIV-307 pages.

LA PROPAGATION DE LA TUBERCULOSE, moyens pratiques de la combattre, par la *Commission de la tuberculose*. Volume in-8° de 466 pages.

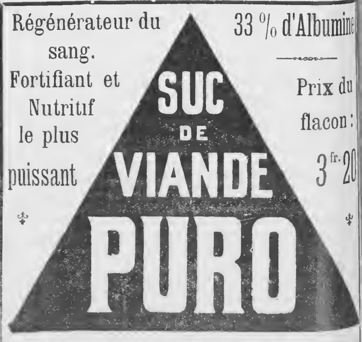
PONCET (A.) et DELORE (X.). — Traité de l'uréthrostomie périnéale dans les rétrécissements incurables de l'urètre. Création au périnée d'un méat contre nature. Volume in-8 de 161 pages, avec 11 figures. — Prix . . . . 4 fr.

VERNET. — ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE MARÉVILLE. Rapport du médecin en chef de la division des HOMMES à M. le Préfet de Meurthe-et-Moselle. In-8 de 21 pages. — Nancy, 1900. — Imprimerie Berger-Levrault.

PARIS. — Asile public d'aliénés de Maréville. Rapport du médecin en chef de la division des FEMMES à M. le Préfet de Meurthe-et-Moselle. In-8 de 89 pages. — Nancy, 1900. — Imprimerie Berger-Levrault.

CABRED (D.). — Memoria del Hospicio de las Mercedes. Correspondiente al año 1899. In-8 de 172 pages, avec nombreuses planches. — Buenos-Aires, 1900. — Imprimerie de l'Hospice de « Las Mercedes ».

CONGRÈS INTERNATIONAL POUR L'AMÉLIORATION DU SORT DES AVEUGLES. — Tenu à Paris du 1er au 5 août 1900. In 8 de 307 pages. — Versailles, 1900. — Imprimerie Girardin.



Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 12. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 23 MARS 1901.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Recherches cliniques sur le traitement de la syphilis ;

fondées sur les observations du Dr Jeltschinsky (de Moscou), suivies d'un cas de prophylaxie « in utero » par le même traitement.

Par le Dr VERRIER.

Il n'y a pas de maladie qui ait donné l'occasion de fabriquer autant de sérums que la syphilis. Cela dépend de ce que les bactériologistes ne sont pas d'accord sur la forme du microbe spécifique, les uns en font un pseudo-diphocoque ayant l'aspect typique de celui décrit par Ducrey (Maréchal) ; les autres en font un micro-organisme analogue au paludium, et en tirent un sérum soi-disant scientifique (kuolako). D'autres encore ont tiré leur sérum d'un bacille banal trouvé par Lutzgarten dans le segma préputial, dans le chancre mou et dans le suc condylomateux. Notre regretté Quinquand a constamment trouvé le streptocoque d'Unna dans les tissus du chancre mou. A l'hôpital Saint-Louis, on a fabriqué un sérum avec des toxines recueillies sur un malade atteint d'une magnifique roséole spécifique. Disse et Tacuchi, Klebs, Aufrecht, Bivah-Hirschfeld ont tenté des cultures au moyen de bactéries trouvées dans des sécrétions syphilitiques, sans succès. M. le Pr Raoul Bern, MM. Alvarez et Watterstock ont également attaché leurs soins à des recherches infructueuses ; de même que MM. Eve et Lingard, Bussoughs-Wellome, etc., ont fabriqué un sérum obtenu par l'inoculation d'un cheval avec le sérum provenant d'un sujet atteint de syphilis secondaire. Ce dernier sérum a été essayé par le Dr Barling (de Londres, et a paru donner un succès certain dans un cas de chancre phagédénique, ce qui ne serait pas une raison pour revenir à la théorie de l'unité du virus. Trop de faits démontrent le contraire.

Le laboratoire iconographique Randon, à Paris, représente un bacille qu'il donne comme le microbe de la syphilis ; il n'y a pas à s'arrêter davantage à cette assertion, pas plus qu'à l'affirmation de certains spécialistes qui, disent-ils, réservent l'annonce de leur découverte pour un autre temps. C'est comme qui dirait un pli cacheté qu'ils se proposent d'ouvrir à leur heure. Récemment, M. Puerto (de Mexico) a décrit un procédé qui se rapproche de celui de M. Bussoughs-Wellome (de Londres) en ce qu'il s'agit de cultures de virus syphilitique injecté à un cheval. Deux mois après, on saigne l'animal et on en recueille le sérum. C'est ce sérum qui, injecté ensuite aux syphilitiques à la dose quotidienne de 1 c.c. pendant cinq jours consécutifs, puis tous les trois jours seulement, ferait disparaître les accidents secondaires après dix à quinze injections. D'après l'auteur, les accidents tertiaires eux-mêmes seraient justiciables du même sérum, mais en poussant le nombre des injections au delà de vingt. Il ne faut pas plus de quelques semaines pour assurer la gérison radicale. Esssaie qui voudra ce sérum, toujours est-il que les honorables MM. Balzer et Mauricel ont refusé d'essayer celui de M. Bussoughs-Wellome, qui est à peu près de même origine, et, de fait, j'ai suivi leur exemple, car je trouve depuis trois ans, et je n'ai pas eu à m'en repentir, leur provenance dangereuse, et quant aux autres, ils sont pour le moins douteux, s'ils ne sont pas nuls et sans effet. J'aime mieux l'aveu de M. Krah (de Prague), ceux de nos gloires scientifiques françaises, Ch. Richet, Gilbert, Charrin, Fournier, Jousset, et de M. Nosard, de l'Institut Pasteur, etc., qui tous sont d'accord pour dire que le microbe de la syphilis n'est pas encore trouvé. Comment alors, comme je l'ai déjà dit, le véritable sérum anti-syphilitique pourrait-il exister ?

Il existe cependant un sérum d'une provenance toute différente, qui n'a même rien de commun avec la syphilis, pas plus que le sulfate de quinine n'en a avec la fièvre intermittente, et qui, cependant, guérit dans la plupart des cas le chancre syphilitique, ainsi que les accidents secondaires qui suivent ce dernier, et parfois même les accidents tertiaires, ou tout au moins s'oppose à leur développement. Il est donc tout à la fois préventif et curatif. Avant de dire ce qu'il est, et d'où il vient, examinons ses résultats.

C'est la foi qui guérit, disait l'illustre Charcot. Il parlait, il est vrai, des maladies nerveuses, la plupart *sine materia*; *a fortiori*, nous qui parlons d'une maladie constitutionnelle, diathésique, laissant des traces

indéniables de son passage, recommandons-nous la foi — non dans le miracle — mais dans le remède.

Les recherches cliniques suivantes sont fondées sur les observations du Dr Jeltschinsky (de Moscou), et sur une des plus curieuses de celles que j'ai pu recueillir depuis trois ans que je m'occupe de ce sujet, et que j'ai modifié et perfectionné la méthode du médecin russe. Il existe bien aujourd'hui deux cents cas de guérison de la syphilis, la plupart contrôlées par les plus célèbres professeurs et praticiens de Russie. On en trouvera le détail dans le livre du Dr Jeltschinski écrit en russe traduit en allemand et édité à Leipzig par C.-F. Winter (*Radicule Heilemg der syphilis*). Nous nous bornerons à résumer les quatorze premières observations que j'ai divisées en quatre classes pour la facilité de nos recherches cliniques. J'ai ajouté un des faits qui me sont personnels, bien que ne faisant pas la spécialité de ces affections. J'appelle l'attention des médecins sur la prophylaxie de la maladie pour le fœtus *in utero* dont cette double observation fera foi.

Première classe : Ulcérations vénériennes (Chancres simples et phagéniques). — *Première observation.* Chancre au prépuce près du frein ; inoculation, guérison. — *Deuxième observation.* Chancre du gland et chancre du prépuce, inoculation, guérison. — *Troisième observation.* Chancre simple à la partie externe du prépuce ; un autre à la partie interne en partie caché par un phimosis. Engorgement très douloureux des ganglions inguinaux, inoculations, guérison. — *Quatrième observation.* Chancre phagédénique à la partie inférieure du prépuce compliqué d'uréthrite et de phimosis, fièvre et état cachectique. Ce malade a également guéri après plusieurs inoculations.

Deuxième classe : Syphilis. (Chancres syphilitiques infectants). *Cinquième observation.* Chancre induré du prépuce, près du frein. Bubon à l'aine droite non suppuré. Inoculation, guérison. (L'existence d'un bubon pourrait faire douter du caractère infectant de ce chancre.) *Sixième observation.* Chancre induré au frein de la verge, et trois chancrelles au prépuce. L'existence simultanée d'ulcérations simples et d'un chancre infectant sur le même sujet prouve bien la dualité du virus. Malgré cela l'inoculation répétée guérit les deux sortes d'accidents. — *Septième observation.* Chancre induré au frein, s'étendant des deux côtés du gland ; encore un bubon, celui-ci suppuré à l'aine gauche, à bords renversés indurés, comme rongés et décollés çà et là. Le bubon suppuré n'est certainement pas le fait d'un chancre réellement induré. Quoi qu'il en soit, les inoculations pratiquées par le Dr Jeltschinsky amenèrent la guérison. *Huitième observation.* Encore un chancre du frein induré ; engorgement douloureux des ganglions inguinaux du côté droit. Avant la contamination il existait, au dire du malade, des végétations sur le gland qui furent de nouveau constatées au nombre de quinze. Ces excroissances n'ont d'ailleurs rien de spécifique ; on les excite et on cautérise avant d'inoculer. Puis on procède à la petite opération et la guérison s'ensuit.

Troisième classe : Syphilis confirmée. (Accidents secondaires).— *Neuvième observation.* Roséole générale ; le malade présente encore trois chancres à la verge avec légère induration (peut-être autour d'un seul d'entre eux) ; ganglions inguinaux engorgés des deux côtés, mais sans bubon. Coïncidence d'une vieille blennorrhagie de deux ans ; inoculations, disposition de la roséole et des ulcérations, guérison, sauf pour la blennorrhagie qui suit son cours. — *Dixième observation.* Plaques muqueuses ulcérées à la partie interne des lèvres et au bord libre de la langue, qui paraissait avoir subi une perte de substance. Eczéma spécifique au pli du coude droit ; herpès humide du scrotum en forme de fer à cheval ; inoculation anti-syphilitique ; guérison. — *Onzième observation.* Fissures à la muqueuse du nez et à l'anus, roséole. Deux ulcérations allongées au pharynx, cicatrice indurée sur le prépuce de la grosseur d'un pois, inoculations ; guérison. — *Douzième observation.* Tuméfaction et ulcération des amygdales. Cinq condylomes humides et volumineux de l'anus, excoriation suppurente entre le troisième et le quatrième orteil du pied droit. Traité et guéri par le même procédé.

Quatrième classe : Syphilis constitutionnelle. (Accidents tertiaires). — *Treizième observation.* Plaques muqueuses confluentes à la base de la verge et du scrotum ; douleurs ostéocopes intenses dans les os longs ; ulcères serpigineux à la partie antérieure et interne des deux jambes ; idem à la gorge ; syphilide tuberculeuse générale, papules en desquamation et pustules en dessiccation. Ce cas grave et ancien provenait probablement d'un chancre primitif uréthral compliqué d'une uréthrite chronique existant encore. C'est un accident de transition entre une syphilis secondaire et une tertiaire. Il a guéri comme les autres par des inoculations répétées. — *Quatorzième observation.* Il s'agit ici d'un cas bien positif de syphilis tertiaire ; carie de la voûte palatine avec ulcération profonde du voile du palais, de tuméfaction des amygdales, d'engorgement des ganglions lymphatiques du cou. Enfin il existait concurremment trois chancrelles du prépuce qui était tuméfié. Ces exubérations seront arrivées plus récemment que l'accident primitif qui a donné la syphilis constitutionnelle ; guérison par l'inoculation du sérum de Jeltschinsky. Je n'en finirais pas si je rapportais tous les cas de guérison relatés dans le livre des médecins Russe, et j'ai hâte, pour ne pas abuser de l'hospitalité de ce journal, d'arriver à mon observation personnelle, relative à la prophylaxie fœtale.

Prophylaxie foetale. — Observation personnelle. — *Quinzième observation* M. et Mme D..., rue Daguerre, envoyés par un confrère. Le mari s'est marié ayant des accidents secondaires dont il ignorait la gravité. Il communiqua la syphilis à sa femme, âgée de vingt ans. Celle-ci se fait soigner d'abord à la consultation de l'hôpital Saint-Louis par des injections de mercure dans la région cervicale. Lorsqu'ils se présentent à moi, le mari a encore des plaques muqueuses dans la bouche et quelques syphilides disséminées. Une seule inoculation par procédé de Jeltschinsky suffit pour la guérison. La femme est plus malade ; outre des plaques muqueuses suppurantes à l'entrée du vagin, elle a de gros boutons d'ecthyma sur les jambes et surtout un iritis syphilitique très caractéristique. Nous fîmes trois inoculations par l'ancien procédé et tous les accidents s'amendèrent, l'iritis d'abord, les plaques muqueuses ensuite ; l'ecthyma seul persista sur le membre inférieur droit, mais bien moins confluent. Sur ces entrefaites la femme devient enceinte pour la première fois. Elle avait entendu dire que dans l'état où elle se trouvait, elle n'arriverait pas à terme. Justement effrayée elle vint me trouver après que ses règles eurent manqué pour la deuxième fois. Je pratiquai l'inoculation avec le procédé modifié ; c'est-à-dire que j'inocule 1 c.c. de sérum vaccinal à l'aide de la seringue Pravaz en une

seule piqûre et je recommande de venir me trouver tous les mois. Je gagnai ainsi les environs du cinquième mois où la femme sentit remuer son enfant. Je pratiquai une nouvelle inoculation de 1 c c. et je fis revenir ainsi M[me] D..., jusqu'à la fin de sa grossesse ayant pratiqué en tout, dans le cours de celle-ci, cinq inoculations de 1 c.c. chacune. Les douleurs s'étant déclarées, la sage-femme fut appelée et reçut un enfant gros, fort et bien portant, n'ayant aucune trace de pemphigus ni d'autres tares spécifiques. Je le fis nourrir au biberon et six semaines après, aucun bouton n'avait percé ni aux fesses, ni ailleurs ; l'enfant prenait bien le biberon et profitait à merveille.

Quelques mois après la femme devenait encore enceinte et, malgré mes recommandations, elle ne vint chez moi qu'au quatrième mois et demi révolu de la grossesse, alors qu'elle avait été impressionnée par les mouvements actifs du fœtus. Je recommençai les inoculations tous les deux mois environ. La femme avait en outre une assez vaste ulcération sur le pied droit, là où avait existé plusieurs pustules d'ecthyma. Je donnai concurremment un gramme d'iodure de potassium par jour et deux granules de sulfure de calcium de un centigramme, matin et soir. La plaie était près de se fermer, l'enfant remuait violemment et la femme se proposait de venir chez moi, lorsqu'une lettre du mari m'annonçait qu'elle était tombée dans son escalier et que quelques contractions utérines s'en étaient suivies. Elle était arrivée alors au huitième mois. Repos au lit. Lavements laudanisés, les contractions se calment. La grossesse continue son cours et la malade accouche à terme, sans nouvelle inoculation, d'un enfant plus beau encore et plus vigoureux que le premier.

Pour qui connaît l'influence fatale de la syphilis chez une femme enceinte sur le produit de la conception — avortement ou naissance d'un enfant contaminé ou le devenant dans les premiers mois de l'existence — il y a matière à réflexion. De même qu'une femme enceinte qui s'expose à la contagion variolique n'attrape rien, tandis que son fœtus prend fatalement la variole et naît avec les pustules caractéristiques, on se demande si, de même, l'influence du sérum vaccinifère, dans le cas de syphilis de la mère, ne serait pas suffisante pour protéger l'enfant contre la contamination spécifique *in utero*, ou bien n'y aurait il là qu'une simple coïncidence? C'est peu probable...

Distinctions honorifiques. — A l'occasion de diverses cérémonies et par arrêté du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 31 décembre 1900, ont été nommés : *Officiers de l'Instruction publique* : MM. de Mortillet (Adrien), conservateur des collections de la Société d'Anthropologie à Paris. Zaborowski (Sigismond), archiviste de la Société d'Anthropologie à Thiais (Seine) — *Officiers d'Académie* : MM. L'Hopitallier (Octave), pharmacien à Paris. Bloch (le D[r] Eugène-Armand) médecin inspecteur des écoles à Paris. Rérolle (Simon-Louis), conservateur du muséum d'histoire naturelle de Grenoble. Clément-Rubbens (Victor), membre de la Société d'Anthropologie à Paris. Flandinette (Félix), attaché au secrétariat et au musée d'anthropologie à Paris). Champroux (Victor-Louis-Albert), économe de l'hospice d'Ivry.

Condamnation d'un Rebouteur. — Le sieur X..., rebouteur des plus réputés, vient d'être condamné par le tribunal correctionnel de la Seine, à la requête du Syndicat des Médecins de la Seine, partie civile, à 15 jours de prison avec application de la loi de sursis, à cause de son âge, et 50 francs de dommages intérêts en faveur du Syndicat des Médecins de la Seine.

Internat en pharmacie. — Le jury du concours est ainsi composé : MM. Chastaing, François, Guinochet, Berthod, Boquillon, Delpech et P. Vigier.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les psychiatres et la psychiatrie de France appréciés par le D[r] Jacoby (d'Orel, Russie).

Un livre qui a eu les honneurs de la presse politique en France, c'est le livre du D[r] Jacoby (Paul), intitulé : *Osnovy administrativnoi psichiatrii*, ou *Principes de psychiatrie administrative*. Orel, 1900. Mais il y a gros à parier que les journalistes français eussent hésité à en parler dans les termes où ils l'ont fait, s'ils avaient regardé de près le texte contenu dans les pages 127 à 137.

Disons immédiatement que le D[r] Jacoby a longtemps vécu en France et de la France, qu'il est docteur de la Faculté de Paris ; qu'il a, quoique étranger, exercé de nombreuses années la médecine dans notre pays, qu'il est membre associé étranger de la Société médico-psychologique. Voici comment il s'exprime, en guise d'entrée en matière, avant de discuter les deux principaux courants d'assistance des aliénés qui partagent les aliénistes contemporains : celui du *statu quo* complété par des asiles-prisons pour les aliénés dangereux, et celui de la transformation totale des asiles.

Je cite textuellement :

« Examinons, dit le D[r] Jacoby, quelles idées, quelles façons de voir, crée, en psychiatrie, l'organisation exceptionnelle et unilatérale de la vie sociale et gouvernementale fondée sur le parfait avènement au pouvoir de la *ploutocratie* en tant que classe dirigeante, nous voulons parler de la France contemporaine de 1890. Les chaînes et les fers ont été enlevés aux aliénés, mais ce n'a pas été complet, puisque cent ans se sont écoulés depuis, et nous hurlons après leur enlèvement. C'est en France qu'ils ont été enlevés d'abord par Pinel, mais c'était la France de la Convention. Esquirol, d'après l'expression de son biographe, *a élevé les aliénés à la dignité de malades*, c'est-à-dire qu'il a fait ce que, plein de magnanimité, mais sans succès, a tenté de faire chez nous, en Russie, le Ministre de l'Intérieur en 1879. C'était la France du réveil des idées et des aspirations humanitaires. Les psychiatres étaient fils de leur temps ; les hôpitaux psychiatriques étaient les produits de leur époque. Comme tout appareil d'une extrême sensibilité, les uns et les autres donnent, sous l'influence du changement de milieu, des oscillations d'une amplitude extrêmement grande ; réfléchissant le tour mental du pays et du siècle, ils s'élèvent rapidement quand s'élève le niveau intellectuel et moral, et, inversement, tombent quand ce niveau fléchit.

« Examinons si cela s'applique à la psychiatrie contemporaine de la *France du Panama, du Comptoir d'Escompte, des conventions scélérates, du procès Esterhazy, du Parlement vénal et de la presse achetée* ».

Suit la reproduction des idées de G. Ballet, Christian, Vallon, Chaslin, sur les hôpitaux spéciaux à créer pour les aliénés criminels (Société Médico-psychologique du 25 juin 1894).

Appréciation du D[r] Jacoby : « Tous ces Peaux-Rouges, qui dansent la danse du scalp autour de l'aliéné, ne peuvent se consoler de ne pas réussir à obtenir de l'autorité judiciaire son consentement à *enfermer toute la vie un malheureux pour un scandale de la rue, un vol minime*. Ils tentent de créer des *hôpitaux-prisons*, quoiqu'il soit difficile de comprendre en quoi ces hôpitaux-prisons se distingueraient essentiellement des hôpitaux régis par ces successeurs de Pinel et d'Esquirol ? »

Les idées émises par Charpentier, Arnaud Falret, Th. Roussel, sur les aliénés dangereux (Société Médico-psychologique, 24 juin et 30 décembre 1895), M. Jacoby les a

retrouvées en 1868, dans la bouche de Morel, Lunier, Aug. Voisin, Girard de Cailleux, Billod, Belloc, J. Falret, Foville, Labitte. Aussi s'écrie-t-il : « Cette délibération était l'avant-coureur, plus exactement le symptôme d'un virement dans les tendances intellectuelles générales et morales de la France dû à l'influence du second Empire. Nous en voyons le complet épanouissement à présent que *les députés du Parlement trafiquent activement de leur patrie à consommer sur place et à emporter, tandis que la « Presse » se vend en gros, demi-gros et détail...* Il est fâcheux, ajoute M. Jacoby, que M. Charpentier ne sache pas le russe : il eût pu se convaincre qu'en Russie la question des aliénés dangereux n'est pas oubliée, et se tranquilliser en apprenant que dans notre patrie il ne lui manque pas de partisans, on connaît l'alliance franco-russe. »

C'est dans ce ton que se poursuit la critique des développements d'Arnaud, de Christian, Charpentier, J. Voisin, Falret, Th. Roussel (24 juin et 30 décembre 1895). M. Jacoby n'y tient plus :

« En lisant ces déclarations invraisemblables faites par des *médecins* ; en écoutant *ces appels hystériques à la garde de nullités intellectuelles exaspérées, qui ont perdu l'esprit par crainte pour ce qu'ils possèdent...* et surtout en comparant ces gémissements aux discours et aux idées d'Esquirol et de Calmeil, de Lasègue, à ce qui se disait, en cette même Société médico-psychologique en 1860, aux discours du fameux banquet annuel où l'on honora Griesinger, nous saisissons à première vue le lien qui rattache *l'ignominieux abaissement du niveau intellectuel et moral du pays à la chute, en ce pays de l'œuvre psychiatrique*, et, par suite de cette chute, à l'abaissement de la proportion centésimale des guérisons dans les asiles. »

Pour M. Jacoby, qui n'est pas partisan de la transformation absolue de l'asile fermé, de la porte ouverte, etc., etc., est un adhérent de la *psychiatrie policière.* Et les noms de ces adhérents, Christian en tête, sont ceux *d'illustres inconnus*, qui appartiennent à *la bande de Charenton.* Ils sont en même temps les partisans du restraint, du bouclage complet de l'aliéné. M. Jacoby accuse Christian d'avoir changé d'idée, et de n'avoir changé d'idée que parce qu'il est devenu médecin en chef, officier de la Légion d'honneur (*sic*), rentier considéré. Je suis obligé de laisser de côté bien des détails du même tonneau, pour arriver à une évocation spiritualiste.

« Anderssen, dans un conte, met en scène un jeune garçon positif, qui méprise tout ce qui est abstrait, qui ne s'en tient qu'au réel. Quand le malheur l'atteint (une fée l'arrache de son lit et l'emporte en l'air à travers une fenêtre ouverte), effrayé, il veut réciter un *Pater,* mais ne peut se souvenir que de sa table de multiplication. Quand l'ouragan de 1870-1871 fondit sur la France, elle non plus ne trouva pas en son cœur un *Pater* ou quelque autre abstraction, quelque facteur élevé ; elle ne trouva qu'une table de multiplication ou une table de calcul des dividendes à l'usage des capitalistes. Or, ce n'est pas à l'aide d'une table de multiplication que se sauvent les nations des grands malheurs ; ce n'est pas à l'aide d'un escompte d'intérêts à tant pour cent que se font les grandes choses ou simplement les actions tant soit peu belles. L'égoïsme grossier, la cruauté, l'éloignement de l'être malheureux qui souffre, rendent l'esprit stérile, le détournent de la science, du pur savoir, en le portant à la marchandise commerçable La science. — oh ! là la ! quelle balançoire ! — Ils l'éloignent de l'amour du pays — vieille guitare ! — de l'amour de l'humanité — en voilà une blague ! — de la croyance en l'avenir de l'humanité — croyez ça et buvez de l'eau, — de tout ce qui est moral et de ce dont vit la société humaine. Et lorsqu'un pays en vient à une telle situation morale, dans la génération qui disparaît de la scène de même que dans celle qui y entre, dans la verte jeunesse comme chez les anciens, — les barbes grises qui ne sont pas dans le train, — se manifeste un courant passionnel vers un je-ne-sais-quoi de l'autre monde, un ardent désir de délaisser l'étable des spéculations financières pour un air frais. Ils se lancent, se jettent dans le mysticisme, dans le néo-catholicisme, dans le bouddhisme, cherchent de nouveaux sillons, sans en trouver, car il n'y en a pas. Un petit groupe de gens, qui représentent un mélange de traditions de l'amour de l'humanité, de leur pays, de croyances en un avenir meilleur, toutes idées ayant, à ce qu'il paraît, fait leur temps, et de tendances nouvelles non définies, rompent complètement avec la masse de la classe dirigeante ; ces gens se mettent en opposition, non pas avec le gouvernement, mais avec l'état général des choses. ils protestent, et leur importune protestation irrite, courrouce la majorité triomphante, suffisante, qui gouverne.

« Est-il permis de penser, est-il permis d'attendre que, dans ces conditions, une œuvre d'assistance comme celle qui nous occupe marche bien ? cette œuvre désintéressée de miséricorde, d'amour, de pitié pour un destin blessé, pour l'aliéné infortuné et calamiteux ? Peut-on s'étonner qu'en France la proportion centésimale des guérisons ait fléchi, et faut-il chercher à cela des causes complexes éloignées, quand il suffit de se représenter le tableau d'un *directeur d'asile faisant la visite au son du tambour ou de la trompette guerrière !!!* »

Ici une note sur la réception que M. Vallon aurait faite au Dr Jacoby, et sur la manière dont il fait la visite. Je redonne la parole à l'auteur.

« Il suffit de lire les plaisanteries du médecin en chef de Charenton, le Dr Christian (M. Jacoby veut parler des réflexions de celui-ci à l'égard des néo-thérapeutes), pour comprendre que l'hôpital psychiatrique et la psychiatrie, en tant qu'assistance de l'aliéné, ne peuvent exister dans cette atmosphère d'égoïsme et d'ignorance grossière. De même, peut-on s'étonner de la faible efficacité générale de la psychiatrie en beaucoup d'endroits de notre patrie, alors que quelques collègues psychiatres russes considèrent qu'*en Russie la loi préserve insuffisamment la société contre les aliénés* (art. 95 !!!), que la loi est un roi fainéant, comme les derniers Mérovingiens, et que, par conséquent, *nous*, psychiatres, devons devenir ses majordomes, ses *Maires du Palais*, et défendre la société contre les aliénés ? Ils considèrent que *les livres saints de la psychiatrie scientifique* prescrivent de *filtrer la société des ordures du délire*, et ces ordures, pour le *médecin* (!!!), sont représentées par les *malades !!!*

« Mais en France, un virement s'est déjà manifesté. En 1880, quelques *sempiternels mécontents* seulement, des *constipés* et aussi quelques *fruits secs rongés par l'envie*, ainsi que quelques *ramollis de* 1871, voire de 48, ont hoché la tête avec une intention de reproche ; ils ont marmotté quelque chose d'incompréhensible qui semblait signifier que la rente ne remplit pas toutes les obligations de toutes les relations humaines, de tous les intérêts humains. Cette protestation a maintenant pris de la force. A elle s'est associée une grande partie des représentants intellectuels les plus élevés de la France, presque toute l'intellectualité savante, membres de l'Académie des Sciences, professeurs de Facultés, de l'École Polytechnique, recteur de l'Académie de Paris, les meilleurs noms de la psychiatrie, du journalisme et de la littérature, Daudet,

Zola, Barrès, Faguet ; il n'y a plus là aucun des radicaux à tous crins, des individus rongés par l'envie ; à qui porteraient-ils envie ? Des journaux, même très conservateurs et circonspects, mais qui ne cherchent pas à plaire exclusivement à l'opinion générale de la masse, commencent à tourner un peu. »

En note : « Dans le journalisme, citons le *Temps*, journal conservateur libéral ; même, un journal aussi empesé que la *Revue bleue* (21 mai 1898) imprime, sous la forme d'un petit article de polémique, un véritable manifeste du jeune parti littéraire (André Beaunier, *Petite apologie pour mes contemporains*). L'apparition simultanée de livres significatifs : *Soutien de famille*, par Daudet ; *Paris*, par Zola ; *La Proie*, par Barrès, et autres romans de ce genre ; de *La Conscience nationale*, par H. Béranger, etc., est des plus caractéristiques ; leur tendance, que Daudet a appelée la pitié russe (*La Petite Paroisse*), il y a peu de temps encore inintelligible pour la France, est à présent devenue le thème moral ordinaire. Il n'est pas besoin de parler des événements politiques qui ont si fortement secondé la maturation de la nouvelle direction morale, et ont montré où le triomphe de la démocratie avait conduit le pays.

« Cette direction nouvelle affirme sa puissance par ce fait qu'en psychiatrie son influence s'est déjà répercutée sur la vie pratique de l'hôpital et se réfléchit particulièrement sur l'installation de l'assistance des aliénés, ce qui se constate à l'augmentation de la proportion centésimale des guérisons dans les toutes dernières années. »

Et M. Jacoby, pour mieux écraser les aliénistes français soi-disant rétrogrades, conclut : « Nous avons vu la tendance de tout un parti de psychiatres français. Les psychiatres traitent cette question tout autrement en Allemagne, et surtout en Angleterre. »

Eh bien, nous qui envisageons les faits et les méthodes au point de vue réel, pratique, des avantages et des inconvénients qu'y peuvent trouver les aliénés, nous ne nous déclarons pas persuadés par ces éclats de voix. Nous pensons qu'il est indispensable de mettre les sacrifices du pays (c'est le nôtre et non celui de M. Jacoby), en équilibre avec les véritables profits qu'en retireraient certainement ces enfants malades, et non avec ceux qu'ils en retireraient peut-être : M. Jacoby a injurié, il n'a pas démontré. Nous croyons que, s'il faut bien judicieusement soigner les aliénés, il est néanmoins indispensable au premier chef de préserver la société des dangers que ces malheureux font courir à la société, et de préserver les aliénés des dangers que la société leur fait courir. Et nous ne pouvons nous empêcher de déplorer une telle passion, pour ne pas dire davantage.

De quel droit M. Jacoby, que nous avons accueilli parmi nous, que nous avons doté du privilège d'exercer la médecine chez nous, qui a mangé de notre pain, vient-il mêler à des questions scientifiques, dans lesquelles nous sommes tous de bonne foi, des histoires politiques absolument indépendantes de ces questions ? Que vient faire ici le Panama, le Parlement vénal, les journalistes qui vendent leur pays ? Que signifient ces accusations portées contre d'honorables savants ? S'il est, en tous cas, une personne qui devait laisser de côté ces appréciations malveillantes, c'est M. Jacoby. Toutes les nations civilisées ont leurs plaies, et je ne sache pas que la Russie en soit exempte. Les choses de la science en sont distinctes. Au pis aller, ce n'est pas à un étranger, qui a joui des bienfaits d'un pays, à les divulguer sur ce ton, et à déverser son fiel sur des événements qui n'ont rien à faire avec l'assistance des aliénés.

P. Keraval,
Directeur-médecin de l'Asile d'Armentières.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 mars 1901.

Traitement par l'oxygène à la pression atmosphérique de l'homme empoisonné par l'oxyde de carbone.

M. M. Gréhant confirme, par des expériences, l'opinion que les animaux placés dans une atmosphère d'oxygène comprimé résistent à des proportions d'oxyde de carbone mortelles en toute autre circonstance.

L'auteur a pu s'assurer ainsi qu'un chien qui respire de l'air contenant 1 0/0 d'oxyde de carbone meurt en vingt minutes, au lieu qu'un mélange d'oxygène et d'oxyde de carbone, dans les mêmes proportions, peut être respiré parfois pendant plus de deux heures sans causer la mort.

Il a dosé, en outre, l'oxyde de carbone dans le sang d'animaux intoxiqués par un séjour de treize à quinze minutes dans de l'air renfermant 1 0/0 de ce gaz, et placés ensuite, soit dans l'oxygène à 90 0/0, soit dans l'air pur ; le sang artériel des animaux de la première série ne contient plus, au bout d'une heure, pour 100 c.c., que 1,1 d'oxyde de carbone contre 18,8 d'oxygène, alors que ces chiffres sont respectivement, chez les animaux ayant séjourné un temps triple dans l'air atmosphérique, 4,5 pour l'oxyde de carbone, et 16,6 seulement pour l'oxygène.

Ces expériences démontrent bien l'utilité, chez les sujets intoxiqués par l'oxyde de carbone, des inhalations d'oxygène, ce gaz hâtant d'une façon notable l'élimination et la disparition du toxique.

Propriétés coagulantes du mucus.

MM Charrin et Moussu montrent, par de nouvelles recherches, qu'on ne peut accroître, comme on le fait pour les produits microbiens, la résistance des animaux à l'action du mucus des voies respiratoires de grands mammifères. En effet, par l'injection répétée de doses minimes, il se forme, sans accidents bien apparents, des caillots plus ou moins volumineux que l'autopsie décèle ensuite, surtout dans le cœur droit. C'est là une cause jusqu'ici méconnue de thromboses et d'embolies.

Quant à l'origine de la mucine, elle paraît à la fois épithéliale et bactérienne, car cette substance existe dans certaines cultures déjà vieilles, notamment dans celles du bacille pyocyanique, et on la trouve également dans la muqueuse intestinale *aseptique* d'enfants morts avant d'avoir respiré ni tété.

Production expérimentale et nature des granulations chromatophiles des leucocytes.

M. H. Stassano adresse une note de laquelle il ressort que l'on peut faire apparaître, dans la sérosité péritonéale du cobaye, des leucocytes renfermant les divers types de granulations chromatophiles décrites par Erlich, en injectant dans le péritoine du sang laqué de pigeon, ou une solution d'acide citrique, ou encore du venin de serpent, etc. Il semble donc que les granulations résultent simplement soit d'affinités, soit de réactions chimiques provoquées dans les globules blancs par les substances si diverses que ces éléments peuvent fixer en circulant à travers les tissus.

Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 mars 1901. — Présidence de M. le Dr Netter.

Cystite hémorragique due au bacille d'Eberth.

M. Vincent. — La cystite est une complication rare de la fièvre typhoïde. Sur plus de 1.200 cas, l'auteur l'a observée deux fois, au déclin de la maladie, chez des jeunes gens de 21 et 22 ans, sans antécédents génito-urinaires ; la fièvre typhoïde était moyenne avec séro-réaction positive, albuminurie légère et momentanée pendant la

deuxième semaine; au moment de la défervescence, ils accusèrent une pesanteur du bas ventre, envies incessantes d'uriner très douloureuses, avec ténesme; l'urine trouble, hémorragique, renfermait dans la dernière portion un dépôt blanchâtre mêlé de sang; pas de douleurs lombaires ni de signes de néphrite, pas d'œdème; lavages vésicaux, guérison en cinq à six jours. L'urine centrifugée examinée au microscope montre dans le dépôt de nombreux globules sanguins, des cellules d'épithélium vésical, des leucocytes en amas volumineux, composés de polynucléaires, de grands mononucléaires; pas de cylindres. Entre les cellules, bâtonnets ne prenant pas le gram, affectant la forme de navette. La culture a donné, en proportion abondante, un bacille identique à celui d'Eberth et agglutiné par le sérum typhoïdique. Le bacille typhique peut être parfois présent dans l'urine des dothiénentériques; l'auteur l'y a rencontré 46 fois, il peut se multiplier dans l'urine; la prolifération dans la vessie et la cystite consécutive s'explique facilement : dans les deux cas observés, la complication s'est montrée bénigne.

Urines retardées dans les cirrhoses.

MM. Gilbert et Lereboullet. — Au cours de diverses affections hépatiques, les auteurs ont observé une inversion du rythme normal de l'élimination des urines. Normalement, les urines digestives sont abondantes, celles du jeûne rares; chez les malades faisant deux repas, à 8 heures d'intervalle, les urines recueillies toutes les 4 heures donnaient des urines rares pendant la digestion, fréquentes au moment du jeûne, notamment le matin au réveil.

Ce retard dans les cirrhoses s'observe surtout dans la période préascitique, dans les cirrhoses biliaires, dans le foie cardiaque, dans un cas de cirrhose pigmentaire. Il y a retard de l'absorption aqueuse dans la muqueuse de l'intestin dû à la pléthore portale. Ce symptôme, joint à la tuméfaction splénique, aux hémorragies gastro-intestinales, à l'ascite terminale, à la circulation supplémentaire, permet de décrire un syndrome de l'hypertension postale, non seulement dans les cirrhoses veineuses, mais aussi dans les cirrhoses biliaires.

Inversion du rythme colorant des urines dans l'ictère.

MM. Gilbert et Lereboullet. — Au cours de l'ictère à pigments biliaires vrais ou modifiés, les auteurs ont observé une inversion du rythme colorant normal de l'urine caractérisé par la teinte plus foncée des urines digestives, la teinte plus claire des urines du jeûne. Au moment de la période digestive, il y a passage des éléments des pigments biliaires prouvé par l'examen du sérum plus riche en pigments biliaires pendant la digestion. Cette inversion a une valeur séméiologique assez grande. Elle permet, pour peu que les urines ne soient pas riches en pigments biliaires, de les déceler par l'examen fractionné, alors qu'ils ne sont pas perceptibles par l'examen global.

Ictère acholurique.

MM. Gilbert et Lereboullet. — Chez les malades atteints d'ictère acholurique, on n'observe qu'exceptionnellement la présence des pigments biliaires; les pigments, dans ces cas, ne sont décelables que par l'examen fractionné et la réaction de Solkowski.

Action de l'urine sur les globules rouges.

MM. Sabrazès et Fauquet (de Bordeaux). — Si l'on mélange à 1 c.c. d'urine 20 mm.c. de sang, les globules rouges se sédimentent sans perdre leur hémoglobine (cancéreux, cachectiques, diabétiques, albuminuriques, syphilitiques, tuberculeux soumis au régime uniforme de l'hôpital). L'urine d'albuminuriques nourris de lait laquait aussitôt les hématies, quelle que fut la provenance de celles-ci. Ces urines ne contenaient que 2 à 3 grammes de chlorures par litre. L'augmentation en urée (30 grammes par litre) ne diminuait pas la propriété de laquer les globules, mais celle-ci disparaissait si on élevait le taux des chlorures à 7 grammes par litre. Chez un homme sain, après trois semaines de diète lactée absolue, les globules se dissolvaient, l'urine contenait 1 gr. 75 de chlorures, 0 gr. 85 de phosphates, 8 gr. 70 d'urée, congelait à — 0,51; en supprimant le régime lacté, l'urine, en 24 heures, perdait sa propriété de laquer les hématies et donnait : chlorures, 8 gr. 75; phosphates, 0,85; urée, 17 grammes. L'urine d'enfants au sein laque de même; les urines et le lait de la nourrice ne laquaient ni ses globules, ni ceux du nourrisson. L'alimentation exclusive par le lait confère à l'urine la propriété de laquer les globules rouges (ou permet d'apprécier si le régime est rigoureusement suivi), cette propriété est en rapport avec l'hypochlorurie.

De l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique.

M. Meunier. — L'auteur donne un manuel opératoire pour le dosage de l'acide chlorhydrique libre, en utilisant les réactifs de Toppfer et de Gunzbourg. Le résultat trouvé par le procédé de Toppfer est toujours approximatif, la correction par le procédé de Gunzbourg.

Myélite expérimentale chez le chat.

MM. Marchand et Vurpas. — La mort survint quatre jours après le début de l'infection; les cellules des cornes antérieures avaient des lésions en coups d'ongle et les éléments chromatophiles avaient disparu. Au pourtour de la moelle, quelques tubes nerveux dégénérés, altération due à la méningite. Ces lésions étaient observées sur toute la hauteur de la moelle. La méthode Weigert pour la névroglie n'a montré aucune lésion du tissu de soutien. L'élément noble nerveux semble plus sensible aux infections que le tissu névroglique.

M. Girard raconte l'observation d'une fillette opérée pour péritonite d'origine génitale dans l'appendice de laquelle on trouva deux trichocéphales, l'appendice ne présentant aucune lésion histologique.

M. Rispal envoie une note sur les globules blancs dans l'abcès dysentérique du foie.

M. Hédon (de Montpellier) envoie une note sur un sérum agglutinant des levures.

M. V. Henri étudie l'influence du sucre interverti sur la vitesse d'inversion du saccharose par la sucrose. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 mars. — Présidence de M. F. Guyon.

Discussion sur l'appendicite.

M. Metchnikoff fournit des données très intéressantes sur la parasitologie de l'appendicite, le rôle des ascarides et des trichocéphales. Voici ses conclusions : De l'ensemble des données que je viens de réunir, il résulte un certain nombre de règles qu'on ferait bien de suivre dans la pratique : 1° Dans tous les cas suspects d'appendicite, pratiquer l'examen helminthologique des matières fécales; 2° Dans tous les cas où il y aurait possibilité de le faire, appliquer le traitement vermifuge avec de la santonine contre les ascarides, et du thymol contre le trichocéphale; 3° Défendre aux personnes atteintes d'appendicite de manger des légumes crus, des fraises, etc., et de boire de l'eau non bouillie ou non filtrée; 4° La proscription des aliments crus et des eaux impures constitue de même une excellente mesure prophylactique; 5° Examiner de temps en temps, surtout chez les enfants, les selles, et administrer des vermifuges. Pour ma part, je suis convaincu que l'application de ces prescriptions guérira un certain nombre d'appendicites, atténuera la gravité de certaines autres et diminuera la fréquence de cette maladie.

M. Cornil communique un cas d'hématémèse mortelle. Les diagnostics d'appendicite, d'occlusion, d'ulcère avaient été discutés. L'autopsie montra qu'il s'agissait de péritonite simple.

Élections.

Classement des candidats pour la place de membre titulaire dans la section de pathologie médicale : En 1re ligne, M. Joffroy; en 2e ligne, M. Troisier; en 3e ligne, M. Chauffard ; en 4e ligne, et par ordre alphabétique, MM. Ballet, Gaucher et Marie. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mars 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Aérophagie.

M. Soupault, à propos du procès-verbal, fait part de plusieurs observations d'aérophagie. Il en existe de deux sortes : une involontaire chez les hystériques, sorte de tic nerveux, une autre volontaire chez certains dyspeptiques, qui éprouvent un soulagement notable à la déglutition de l'air.

M. Mathieu croit bien que les deux sortes d'aérophagie volontaires et involontaires existent, mais que ce sont des types extrêmes, la plupart des malades qui sont atteints de fausse flatulence ne se rendant pas compte de leur aérophagie.

M. Rendu est persuadé que l'aérophagie est l'exagération d'un phénomène normal, lorsque l'on mange trop vite, on avale une assez grande quantité d'air qui détermine de la fausse flatulence.

M. Variot fait remarquer que l'estomac est toujours distendu en partie par de l'air, la radioscopie vient démontrer ce fait.

Détermination par la percussion de la dilatation de l'oreillette droite.

M. Teissier (de Lyon), démontre la facilité avec laquelle on peut délimiter le volume de l'oreillette droite par la percussion dans la région dorsale dans le 6e, 7e et 8e espace intercostal. A l'état normal, l'oreillette ne déborde que très peu la colonne vertébrale. La radiographie démontre nettement ce fait. Quand l'oreillette se dilate, elle occupe le sinus costo-vertébral sans interposition de lame pulmonaire. Lorsqu'on trouve chez un sujet la zone de matité rectangulaire paravertébrale dans les 6e, 7e et 8e espaces intercostaux, l'on a affaire à la distension de l'oreillette droite, sauf dans les cas d'insuffisance aortique. Ce fait est gros de conséquences cliniques; l'oreillette distendue va comprimer les veines pulmonaires et détermine des congestions ou des œdèmes pulmonaires à droite et parfois au sommet droit. M. Teissier émet en outre l'hypothèse que, chez les arthritiques, la distension de l'oreillette survient fréquemment et détermine des congestions et des œdèmes du poumon droit.

Méningite cérébro-spinale.

M. Vaquez et M. Ribierre communiquent une observation de méningite cérébro-spinale consécutive à une otite suppurée. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mars 1901. — Présidence de M. Reclus.

Intervention chirurgicale dans les ruptures de la rate.

M. Hartmann. — A l'occasion d'une observation de M. Auvray, concernant une splénectomie pour un traumatisme de la rate suivi de symptômes d'hémorragie interne, et qui fut suivie de guérison, M. Hartmann fait observer que cette conduite lui paraît pleinement justifiée; les statistiques montrent, en effet, que c'est là le traitement de choix, donnant des résultats supérieurs aux autres, tels que le tamponnement ou le drainage.

M. Lejars constate qu'à la suite de ruptures de la rate, les accidents sont parfois tardifs et il observe un malade chez lequel il s'était fait probablement une hémorragie lente et continue, pour laquelle il eut à intervenir au bout d'un mois ; il évacua la poche, la draina et le malade guérit.

M. Perier a suivi, dans un cas de rupture de la rate, la même conduite que M. Lejars.

Indications de la laparotomie dans les contractions de l'abdomen.

M. Hartmann insiste sur l'importance d'un symptôme sur lequel il avait déjà appelé l'attention en 1898, c'est la contracture de la paroi abdominale. Dans tous les cas où cette contracture existait, la cœliotomie immédiate montra la rupture d'un *viscère*. Dans 17 cas, ce signe faisant défaut, ses malades guérirent sans intervention.

De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

M. Tuffier pense, qu'étant données des lésions profondes, utérines et para-utérines, que l'on observe presque toujours, l'hystérectomie est parfaitement justifiée ; quant au moment où il faut intervenir, les uns déclarent que l'intervention doit être immédiate, dès qu'on a diagnostiqué une infection grave, les autres essayent d'abord les autres moyens de traitement ; sur ce point l'avenir appartient peut-être à l'examen du sang qui permet de déceler, dans ce liquide, le streptocoque, quand l'infection est grave. Enfin, M. Tuffier préfère la voie haute, qui permet de mieux voir.

M. Poirier n'est pas partisan de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale ; ayant traité un cas de rupture utérine avec péritonite généralisée par la laparotomie et le drainage abdomino-utérovaginal, il a obtenu un succès.

M. Chaput partage l'opinion de M. Poirier.

M. Quénu fait observer que dans les cas où l'infection a dépassé l'utérus et déterminé des thromboses septiques para-utérines, l'ablation de l'utérus n'est pas toujours suffisante, ni peut-être légitime; c'est ainsi qu'après une hystérectomie, il a perdu une malade le vingt-sixième jour. Schwartz.

RÉUNION PLÉNIÈRE DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, MÉDICO-CHIRURGICALE ET DE MÉDECINE DE PARIS.

Salle des séances de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques, Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Séance du 7 mars 1901. — Présidence de M. le Dr Beni-Barde, Président de la Société de médecine de Paris, doyen d'âge des Présidents.

La séance est ouverte à 4 heures : une centaine de praticiens sont réunis dans la salle des séances.

M. le Président prononce l'allocution suivante :

« Messieurs et chers collègues,

« Je bénis le hasard à qui je dois le grand honneur de présider cette réunion dans laquelle se trouvent fortuitement groupés, sous l'égide d'une solidarité confraternelle bien comprise, les membres de trois Sociétés médicales de Paris, aussi anciennes qu'importantes, de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, de la Société médico-chirurgicale et de la Société de médecine de Paris. Ma tâche est assez délicate, et je compte, pour la remplir dignement, sur votre concours éclairé, bienveillant et généreux.

« Après vous avoir souhaité la bienvenue, ce qui est pour moi un plaisir extrême, je dois remercier ceux qui ont fait jaillir de leur esprit l'inspiration de cette réunion plénière dont la portée me semble considérable, et dont les conséquences peuvent être utiles et fécondes.

« Nous ne venons pas aujourd'hui, qu'on le sache bien, jeter les bases d'un syndicat professionnel. Notre prétention est plus noble, plus grande et plus élevée. Nous voulons, ainsi que l'a dit le Dr Dignat dans le *Journal de Médecine de Paris*, que dirige avec talent le Dr Lutaud, nous voulons, dis-je, tenter d'organiser une vaste fédération médicale, largement ouverte à tous les praticiens modestes et capables qui ne peuvent faire entendre leurs voix dans les enceintes réservées aux Académies officielles. Je n'ai pas la ridicule prétention de protester contre les privilèges légitimes de ces assemblées, et notamment de notre Académie de Médecine où siègent les savants les plus renommés et les plus célèbres, et dont le rôle a une grande importance. Le gouvernement la consulte toujours sur

tout ce qui concerne la santé publique: la presse médicale est tout entière préoccupée de ses travaux qu'elle propage dans le monde entier, et le public, dont nous faisons partie, est toujours attentif à ses discussions comme à ses découvertes.

« Nous, Messieurs, nous sommes condamnés à être moins favorisés; l'enceinte où nous nous réunissons n'est pas assez peuplée, et les journaux qui s'occupent de nos travaux ne sont pas assez nombreux. Et cependant, je connais parmi nous des médecins éminents dont la voix devrait avoir une portée plus étendue et un retentissement plus sonore. Cet état de choses est regrettable, car vous constituez une légion de praticiens ayant besoin, pour reprendre haleine et consolider vos forces, de réunions nombreuses et fréquentes. Vous appartenez aussi à la grande armée de la thérapeutique et, comme toute grande armée, il vous faut un Bulletin permanent. Vous pouvez obtenir ces résultats en organisant cette association fédérative dont je parlais tout à l'heure, et qui mérite le concours de votre expérience et de votre talent.

« Cette œuvre est grande, attrayante et féconde, puisque son but supérieur est le soulagement des misères humaines. Pour l'atteindre, elle a votre science pour levier et votre honorabilité professionnelle pour point d'appui. Je suis heureux de faire des vœux pour le succès de cette tentative courageuse de fédération médicale. Et maintenant, Messieurs, je vous invite au travail.

« Cette séance, d'un jour va être exclusivement consacrée à l'étude de l'emploi des sérums en thérapeutique. Cette importante spécialité de l'art de guérir, magistralement exposée par le professeur Landouzy, dans son remarquable traité de la sérothérapie, est essentiellement française. On peut presque dire qu'elle est sortie toute armée du grand cerveau de Pasteur. Elle a été perfectionnée par ses disciples les plus renommés, dont quelques-uns sont des maîtres éminents, par les Drs Duclaux, Roux, Grancher, Nocard, Metschnikoff, Yersin, Calmette, Marmoreck et bien d'autres encore; mais elle est en quelque sorte née dans ce monde des infiniment petits où s'élaborent les grands fléaux qui frappent l'humanité et où se cachent peut-être les agents et les forces qui peuvent la sauver.

« Les sérums animaux sortis du laboratoire ont été essayés sur l'homme par les médecins. C'est pour que vous puissiez étudier ensemble leur action sur l'organisme humain que la réunion d'aujourd'hui a été provoquée. La question doit être examinée dans toute son étendue. Vous aurez par suite à étudier les sérums animaux, les sérums artificiels que les Drs Hayem, Chéron, Cantani, Lejars et bien d'autres ont si bien fait connaître, et enfin les moyens dont peut disposer l'organisme pour lutter contre l'invasion des agents infectieux, moyens sur lesquels les travaux de Brown-Séquard, des professeurs Bouchard et Charrin confirment des enseignements si précieux. Dans cette discussion qui, j'en suis certain, sera à la fois scientifique et courtoise, nous assisterons peut-être à une guerre de partisans dans laquelle entreront en ligne les défenseurs du laboratoire et les défenseurs de la médecine proprement dite, c'est-à-dire de la Clinique.

« Nous pourrons voir dans quel camp la vérité plantera sa tente, à moins qu'elle ne se réfugie provisoirement dans le camp des neutres pour reparaître ensuite en pleine lumière, avec les traits qui nous permettent de la reconnaître et de l'acclamer. » (*Applaudissements.*)

Trois délégués, appartenant chacun à l'une des Sociétés, s'étaient partagé la besogne: M. Vidal (Société de Médecine de Paris) fit son rapport sur les **Sérums organiques** (*sera publié*); M. Gillet (Société médico-chirurgicale) traita le **Serum antidiphtérique**; et M. Hallion (Société de Médecine et de Chirurgie pratiques), les **Sérums artificiels**.

M. Vidal arrive à cette conclusion, que, sauf le *sérum antidiphtérique*, aucun sérum n'a encore donné les résultats qu'il était permis d'en attendre.

M. Gillet conclut à la valeur souveraine du sérum antidiphterique; ses accidents sont bénins, et il faut faire l'injection le plus tôt possible et à dose suffisante, *immédiatement*, sans attendre la réponse de l'examen bactériologique. Une injection peut suffire: son immunité, qui n'est que provisoire, dure environ un mois.

M. Hallion fait le procès du sérum artificiel qui n'imite pas, même grossiérement, la composition du sérum sanguin. Toutefois, il reconnaît sa parfaite innocuité; il agit en parant provisoirement, dans les hémorragies par exemple, à la chute profonde de la pression artérielle qui constitue, pour l'organisme, *une menace immédiate de mort*. Son action est mécanique, en ce qu'elle augmente la masse sanguine; elle est aussi d'ordre vital par la stimulation qu'exerce le chlorure de sodium sur le système nerveux cardiaque et vaso-moteur.

Chacun des rapporteurs ayant résumé en quelques mots la substance de son travail, on passe à la discussion.

M. Moutier (Société médico-chirurgicale), après avoir félicité les rapporteurs, reproche à M. Vidal de ne pas avoir donné le mode d'action du sérum antidiphtérique, et regrette que M. Hallion n'ait pas cité Chéron à propos des sérums artificiels. Il termine en demandant si le sérum antidiphtérique a une action stimulante, ou s'il possède une action spécifique.

M. Longbois (Société médico-chirurgicale) dit que, sans vouloir enlever au sérum antidiphtérique sa valeur comme remède, il faut tenir compte des séries heureuses, surtout du moment où l'on inocule par principe toutes les angines, même les plus blanches.

M. Tripet (Société médico-chirurgicale), se trouve très bien du sérum artificiel de Chéron pour les engorgements pelviens et les neurasthénies; il a obtenu une guérison rapide dans un cas d'érysipèle grave de la face chez un diabétique de 69 ans.

M. Buret (Société de médecine de Paris). — Dans le rapport de M. Hallion sur les sérums artificiels, je lis cette phrase: «Dans la syphilis, en employant le sérum artificiel dilué comme véhicule des sels de *mercure*, on a pu injecter ceux-ci directement dans le sang, et leur assurer une dispersion plus rapide, une absoption plus complète peut-être et plus générale; de là des effets thérapeutiques plus prompts et plus sûrs dans certains cas rebelles. » Il eût peut être été bon de faire remarquer que cette dispersion plus rapide, que cette absoption plus complète — qui sont réelles — et par suite les effets thérapeutiques qui en découlent, sont dus tout simplement à la présence du chlorure de sodium qui assure la solubilité et la dispersion rapide du bichlorure d'hydrargyre. Le terme «sérum artificiel» est, dans la circonstance, au moins inutile et certainement destiné à compliquer les choses en détournant le cours des idées, déjà bien perplexes, au milieu du chaos des innovations thérapeutiques. Je n'entends pas attaquer la thérapeutique, mais protester contre l'abus des néologismes. Pourquoi ne pas dire tout simplement que l'injection intra-veineuse de sublimé, procédé connu, comprend: 1° du sublimé, comme médicament; 2° de l'eau distillée, comme véhicule; 3° du chlorure de sodium, comme agent de solubilité? C'est ce que M. Hallion a d'ailleurs très bien senti, car il commence par nous dire que le terme « sérum artificiel » est critiquable, n'imitant pas, même grossièrement, la composition du sérum sanguin. Il est donc parfaitement superflu, en ce qui concerne l'injection intra-veineuse de sublimé, de décorer pompeusement du nom de « sérum » une simple solution de sel de cuisine. Il faut avoir pitié de la mémoire des étudiants en médecine et même de ceux qui ont cessé de l'être. Simplifions, Messieurs, simplifions.

M. Baraduc (Société de Médecine et de Chirurgie pratiques et Société de Médecine de Paris). — J'ai fait construire une petite seringue permettant d'injecter trois grammes de sérum artificiel, et en même temps je fais passer un courant faradique très léger ou même un courant de franklinisation. J'ai remarqué ainsi que, chez des neurasthéniques déprimés, l'effet était beaucoup plus grand qu'avec des doses ordinaires de sérum artificiel.

M. Meuveux (Société de Médecine et de Chirurgie pratiques) a inoculé préventivement 71 chevaux porteurs de plaies diverses pouvant s'infecter de tétanos. En temps ordinaire, il a observé quatre à six cas de tétanos; or, il n'en a vu qu'un seul à forme lente et guéri en trois semaines. Le sérum de Marmoreck rend de grands services dans l'anasarque idiopathique du cheval.

M. Paul Cagny, vétérinaire (membre correspondant des Sociétés de Médecine et de Chirurgie pratiques et de Thérapeutique), fait une communication extrêmement intéressante et

suggessive sur l'action du sérum antitétanique. Un vétérinaire de la région de Noisy-le-Sec, où les chevaux, souvent blessés par les débris de verre contenus dans les boues de Paris, sont fréquemment atteints de tétanos, a fait l'expérience suivante : au fur et à mesure qu'on lui amenait les chevaux blessés, il injectait préventivement les numéros pairs et pas les numéros impairs. L'expérience a duré un an Il n'y eut pas un seul cas de tétanos parmi les numéros pairs; tandis que les impairs, non injectés, présentèrent la proportion habituelle. M. Cagny confirme les bons résultats du sérum de Marmoreck dans l'anasarque, et des sérums artificiels dans la pneumonie du cheval.

M. Grasset (Société de Médecine de Paris). — Bien que la réunion des trois Sociétés soit une assemblée de praticiens ayant pour but de discuter une question d'emploi thérapeutique journalier, comme les déterminations reposent toujours sur des idées théoriques, il est bon d'être au courant de l'évolution des doctrines et des données les plus récentes sur le fonctionnement de la vie normale ou pathologique ; les préliminaires du rapport m'ont paru être en retard de quelques années, à cet égard, et je veux réparer cet oubli. Ensuite, m'appuyant sur les tendances actuelles, je démontrerai qu'il faut garder une réserve prudente dans la préconisation des sérums toxiques, conclusions que j'appuierai sur la critique des rapports.

Je prierai les rapporteurs de ne pas considérer mon intervention comme malveillante ou de parti pris, mais comme un appel réfléchi, basé sur une étude approfondie de ces questions, étude expérimentale et pratique. La fréquentation historique des ancêtres, et celle plus tangible de mes contemporains, m'a de plus en plus ancré dans cette opinion que toute doctrine ou toute méthode thérapeutique est vouée à l'oubli après une période plus ou moins brillante, que l'emballement aveuglant n'est que passager, et que seules les méthodes vraiment efficaces et durables sont celles qui reposent sur l'hygiène thérapeutique, sans cependant nier que de temps en temps notre arsenal ne s'enrichisse d'un médicament utile, mais combien rare.

Messieurs, nous pouvons presque affirmer que les théories de demain relègueront le microbe à l'arrière-plan et se baseront entièrement sur les ferments solubles ou zymazes, en attendant que de nouveaux travaux viennent produire de nouvelles doctrines. L'école Pastorienne, après avoir combattu longtemps ces tendances soutenues par les Cl. Bernard, Schützemberger, Berthelot et nombre d'allemands, les admit avec répugnance, petit à petit; mais depuis les admirables travaux de Gabriel Bertrand et surtout ceux de Büchner, l'Institut Pasteur fut obligé de faire volte-face ; l'étude des sécrétions internes vint encore appuyer le mouvement qui prend de plus en plus d'extension. Aussi ai-je été très surpris de ne pas voir un écho de ces évolutions scientifiques dans le rapport qui nous a été présenté.

Depuis 1897, à la Société de médecine de Paris, et dans de nombreuses publications, j'ai essayé de mettre en relief le rôle important des zymases, dans la physiologie normale et pathologique et dans la thérapeutique; depuis, j'ai complètement développé le mouvement médical dans un important ouvrage publié l'année dernière, le *Transformisme médical*, qui obtient de plus en plus de succès. Malgré cela, la majorité des praticiens est en retard de plusieurs années au point de vue du mouvement biologique; elle ne semble pas se douter que Charrin ne tend plus à voir dans le microbe qu'un simple véhicule de ferment toxique et non plus un générateur; que Gautier prétend que nombre de maladies infectieuses n'ont pas pour genèse des éléments figurés. Enfin, au dernier congrès, John Burdon-Sanderson a indiqué sommairement, quoique d'une façon trop indécise, la tendance des doctrines vers celle des ferments solubles. En toute justice, il faut avouer qu'il y a près de quarante ans que Béchamp avait nettement posé les bases des études de la vie normale et pathologique, et que c'était le seul qui avait bien compris le problème.

Je veux, en quelques mots, vous mettre au courant de ces idées. Les ferments solubles, toujours issus d'éléments figurés, sont des produits albuminoïdes complexes, dans un état moléculaire instable, dant la caractéristique est de produire, sous un faible volume d'énormes changements chimiques sur des masses relativement considérables ; les zymases dédoublent, hydratent, oxydent, comburent, réduisent ou synthétisent au milieu des tissus, de sorte que toute la vie normale ou morbide est sous leur influence. Il faut rejeter ce mot de toxines, trop vague, qui englobe des éléments disparates tels que les ferments et les déchets nutritifs. J'ai l'habitude de faire la comparaison suivante pour montrer le danger de ces mots dont on abuse : pour les tissus vivants, les zymases sont ce que les sucs salivaire, gastrique, pancréatique et intestinal sont à l'animal vivant, et les alcaloïdes et déchets toxiques, ce que sont les fèces ; d'un côté produits vivants, transformateurs ; de l'autre excreta et inutilités résiduelles.

Lorsque j'aurai ajouté que les zymases sont tellement fragiles, que la moindre élévation de température, les plus faibles agents physiques et chimiques, même les filtrations à travers les bougies Chamberland, suffisent à amoindrir ou annihiler complètement leur action, vous vous rendrez compte des erreurs et de l'impuissance des procédés de laboratoire dans l'étude chimique de la vie, et en particulier des méthodes employées dans l'étude des sécrétions internes et de l'organothérapie ; vous ne vous étonnerez plus de la masse des travaux contradictoires qui ont rendu la question de l'immunité si obscure.

La notion de l'état bactéricide des humeurs n'a plus grands partisans, celle de la présence d'antitoxines à côté de toxines baisse de plus en plus, tandis que l'idée qui attribue à une réaction des tissus vivants la présence de produits immunisants prend de plus en plus d'extension. Les soi-disant antitoxines sont des zymases naturelles développées, ou mieux secrétées plus abondamment sous l'action d'une virulisation atténuée ; de là aussi l'opinion logique exprimée par Gautier, de tendre à développer par des produits chimiques l'irritation immunisante, au lieu d'avoir recours à des extraits virulents ou dangereux ; de là, l'idée que j'ai développée d'opposer des zymases naturelles, toniques, antitoxiques, coagulantes ou anticoagulantes, aux zymases morbides à fonctions opposées, et de rechercher dans les organes animaux ceux qui donnent ces ferments en plus grande abondance.

Ces notions rapides sont suffisantes pour nous permettre de développer les questions de sérothérapie et de critiquer les résultats, en nous faisant entrevoir une thérapeutique analogue, mais un peu différente.

Le sang, au contact de tous les tissus, se charge de ferments solubles qui doivent agir, soit localement pour sa modification, soit à distance dans d'autres organes, c'est le mécanisme de la sécrétion interne ; vous savez tous que les nombreux travaux récents ont mis en évidence leur présence dans ce liquide. L'emploi thérapeutique de ce véhicule de produits modificateurs est donc très rationnel, mais ces zymases y sont en tellement petite quantité que je considère l'organothérapie bien étudiée comme de beaucoup supérieure. Les sérums physiologiques et naturels sont d'excellents toniques, modificateurs de la nutrition générale, stimulants du système nerveux et des fonctions digestives, mais leur mode d'application est des plus mauvais. C'est la voie interne qu'il faut employer et non l'injection sous-cutanée, c'est ce que je vais démontrer rapidement. Chéron disait que tout ce qu'on injectait sous la peau produisait la même reaction, c'est une vérité exagérée; mais nous savons en effet que dans l'injection sous-cutanée de produits étrangers, la première réaction qui se fait est une hypernutrition de tous les tissus et surtout du conjonctif, laquelle est suivie d'hyperplasie plus ou moins intense; or, toute hyperplasie tend à la sclérose pour le tissu connectif, et à la dégénérescense pour le tissu noble ; déjà nous trouvons donc un danger du mode d'administration. De plus, le passage trop direct des produits dans la circulation nous fait entrevoir d'autres dangers, car le sang d'un animal d'une espèce contient des ferments qui sont des venins pour une autre espèce ; c'est une vérité dont les preuves croissent journellement ; on peut encore ajouter que les lésions latentes chez les animaux employés sont toujours en faveur d'une réserve à préconiser. Très souvent, les injections sous-cutanées lèsent le rein (j'ai obtenu des hématuries avec d'abondantes injections d'eau pure) et nous n'avons aucun moyen de determiner si la lesion est

passagère et s'il ne reste rien après la disparition de l'albuminurie; ce sont des faits avérés, indéniables. Voilà bien des raisons qui doivent nous inciter à la prudence, surtout lorsqu'on se trouve avoir vu relater les nombreux cas de manifestations fébriles, d'érythèmes, d'hématuries, etc., à la suite de la sérothérapie pure, dyspnée subite, etc.

Pourquoi ne pas employer la voie stomacale, lorsque nous savons que le foie, chargé de veiller à la sécurité de l'organisme, se charge d'éliminer les produits nocifs et de laisser passer les ferments stimulants : il faut peut-être des doses un peu plus fortes, mais le résultat est net et les dangers éliminés. Le docteur Barlerin, qui fabrique légalement de ces sérums normaux, qui a la grande expérience pratique personnelle et de ses confrères, me disait dernièrement qu'il se méfiait de la voie sous-cutanée, tandis qu'il préconisait la voie stomacale qui lui donnait de superbes résultats et jamais d'accidents.

Aussi, voici une première conclusion que je vous prierai d'examiner et d'adopter : *Le sérum normal d'animaux sains est un merveilleux tonique, un stimulant des fonctions digestives et générales; son administration par voie interne doit être de choix, comme n'offrant aucun danger et mettant à l'abri de tous les accidents; l'injection sous-cutanée ne doit être employée que dans les cas urgents ou dans ceux où il y a intolérance stomacale prononcée.*

D'après ce que je viens de vous dire, vous devez penser combien sera dangereux un sérum intoxiqué, c'est pourquoi nous avons vu échouer toutes les sérothérapies toxiques. J'ai vu dernièrement des agrégés, des médecins des hôpitaux, et nombre de praticiens, qui m'ont tenu un langage qui ne m'a pas étonné, mais qu'ils n'auraient pas osé tenir il y a deux ans; le plus grand nombre disait qu'il fallait se tenir sur une grande réserve vis-à-vis des sérothérapies, d'autres affirmaient que *même le sérum antidiphtérique* n'avait aucun effet spécifique. C'est qu'en effet on commence à s'apercevoir, l'emballement étant dissipé, que la médecine est en passe de prendre la contre-partie de son rôle, et de tendre à l'anéantissement, à la déchéance de la race au lieu de la protéger et régénérer. Après les essais malheureux de Marmoreck et de Koch, après les insuccès contre le choléra et la peste, après les échecs contre l'érysipèle et le tétanos, on commence à ouvrir les yeux. Malgré les complaisances de la presse politique, et même de la presse médicale, l'indépendance qui sommeille au fond de tout praticien honnête s'est réveillée, et nous savons à quoi nous en tenir au sujet des fameux succès. La peste d'Oporto, confinée, malgré les corrections des statistiques officielles, a donné pour ceux qui ont noté les cas et décès, au jour le jour, une mortalité d'environ 30 0/0, mortalité d'une épidémie moyenne (comme l'était celle-là); la mort de Pestana, inoculé préventivement; l'état grave de deux médecins belges après inoculation à Paris, avant leur départ pour Glascow, ont montré le danger de ces sérums virulents. Ces faits montrent aussi l'état mental de ces thérapeutes officiels, créés de toutes pièces à l'oculaire du microscope, se basant sur des expériences de laboratoire plus ou moins bien combinées et interprétées hâtivement. C'est à nous, médecins praticiens d'apporter un frein, de peur que le public ne s'aperçoive un jour de ces audaces, et, nous englobant dans une réprobation générale, ne nous lapide comme il voulait le faire aux inoculateurs préventifs d'Oporto.

Messieurs, au point de vue scientifique, l'inoculation préventive basée sur la statistique est une erreur. Envisageons d'abord le tétanos. Une fois qu'il fut avéré que le sérum antitétanique n'avait aucune action sur l'affection développée, pour ne pas avoir de democti, on se rejeta sur la prévention : vous savez tous combien le tétanos est rare, qu'il est impossible de se douter de son apparition ; il est donc téméraire de viruliser les blessés dans la crainte de ce phénomène morbide, d'autant plus que son action n'a jamais été prouvée. On a cité le succès préventif du sérum antipesteux, c'est une chose bonne à répéter à des enfants ; d'abord il est de notion courante qu'actuellement, vu les progrès hygiéniques, les cas de choléra ou de peste ne se développent plus que dans les milieux misereux et sales ; et à Oporto, les gens du peuple (les seuls susceptibles d'être atteints) se sont refusés à l'inoculation, et seuls, les bourgeois peureux (non en danger) se sont fait viruliser ; cela a tellement bien réussi que Pestana en est mort, et probablement bien d'autres avec lui.

Si nous passons au sérum antidiphtérique, nous savons que la grande majorité des praticiens et des médecins des hôpitaux a rejeté l'inoculation préventive, comme illusoire. Comment voulez-vous l'établir ; vous voyez un ou deux cas de diphtérie, vous inoculez tous les environs, il n'y a plus de cas, et vous criez au succès ; qui vous dit que les autres auraient été atteints, est-ce que l'isolement que vous avez préconisé et le redoublement de soins hygiéniques ne donneraient pas le même résultat. Quand à dire, comme notre rapporteur, qu'elles sont sans danger, c'est une grave erreur ; j'ai vu un enfant atteint de rougeole mourir en quatre heures par l'injection préventive ; j'en ai vu plusieurs autres atteints d'anasarque, un grand nombre restent chétifs et malingres, sans compter tous les accidents dus à la sérothérapie toxique. Au dernier Congrès de médecine, L. Martin est venu chanter les louanges de l'inoculation préventive ; on pourrait le lui pardonner, un père ne pouvant se déterminer à l'abandon de son rejeton ; mais, ce qu'on peut lui reprocher, c'est d'avoir mal lu les chiffres des statistiques. En lisant le compte rendu dans la *Presse médicale*, je fus surpris de la faiblesse des chiffres de mortalité qu'il apportait pour la ville de Paris, car je les avais relevés sur les bulletins de la ville, l'année précédente; je constatai que ceux-ci étaient diminés ; il donnait 427 décès au lieu de 517 en 1895, 454 au lieu de 527 en 1896, 275 au lieu de 312 en 1898. Ses conclusions nous semblent basées sur des inexactitudes.

Messieurs, il y a parmi vous beaucoup d'adeptes du sérum antidiphtérique, d'une bonne foi à laquelle je ne voudrais attacher aucune suspicion ; mais je veux prendre à tâche de vous démontrer que vous avez été dupés par les apparences. Notre rapporteur s'est beaucoup basé sur l'excellente thèse de M. Bayeux et sur la statistique énorme de 230,000 cas observés depuis 1894, cette thèse est admirablement faite au point de vue historique et clinique, et je suis le premier à féliciter l'auteur qui, par ses travaux et ses perfectionnements, a développé l'emploi de cette admirable intervention qu'est le tubage; mais sa statistique est un trompe-l'œil, et lui-même s'y est laissé prendre. C'est un amas de documents informes, mal présentés en bloc, et ne pouvant aucunement permettre un travail sérieux, et l'étude que j'en ai faite m'a confirmé de plus en plus dans l'opinion que j'ai exprimée dans mon ouvrage, sur les causes d'erreur des statistiques. Si le rapport m'était arrivé à temps, j'aurais discuté un par un tous ces tableaux ; je ne puis que résumer les conditions que j'avais faites pour les statistiques parisiennes, en y ajoutant la critique de quelques chiffres du rapport.

J'ai beaucoup étudié les épidémies et contagions avant l'ère bactérienne, j'ai observé pas mal de statistiques, et j'en ai déduit les conclusions suivantes, après comparaison avec les chiffres actuels. Avant l'usage du sérum on avait, dans certaines localités, des mortalités assez basses : par exemple, le Dr Sainton, dans une violente épidémie locale, en 1871-1875, n'avait eu sur 628 malades que 12 0/0 de décès ; Lenney Browne (*Soc. britann. de laryng.*, 25 et 26 juillet 1893), a montré qu'à Londres, la mortalité hospitalière ne dépassait pas souvent 20 0/0 ; et Moizard, à Paris, comme le dit notre rapporteur, n'avait eu que 5 à 20 0/0 ; la mortalité globale de Bayeux est encore supérieure à 16 0/0 depuis l'emploi du sérum. D'ailleurs à l'étranger, où la critique est beaucoup plus libre qu'en France, où l'emploi du sérum était fréquent depuis plus d'une année avant le coup de clairon de Roux, les adversaires de la sérothérapie augmentent de plus en plus, ainsi qu'en Angleterre et en Amérique.

Les épidémies suivent des courbes avec maxima et minima, soit comme intensité, soit comme nombre de cas, et depuis 1889, toutes les maladies contagieuses ont été en diminuant : la diphtérie et tous les praticiens en ont fait la remarque dans leurs clientèles, est devenue rare ; telles clientèles qui voyaient, vers 1889, 15 à 20 cas annuels, n'en voient plus guère que trois ou quatre, les croups sont rares : donc on peut dire que si le praticien ne voit plus que le cinquième des cas anciens, et encore beaucoup moins graves, il n'y a rien d'extraordinaire que la mortalité générale ait diminué des deux tiers je dirai

même qu'il faut s'étonner qu'elle soit encore si forte. D'ailleurs si en 1889 on comptait encore à Paris 1,890 décès, la moyenne annuelle de 1865 à 1869 n'avait été que de 527 : j'ai développé ces statistiques dans mon livre, elles sont pareilles à celles de Madrid. Pourquoi lorsque la mortalité générale, pour presque toutes les maladies, dans les hôpitaux est le tiers des décès généraux, se trouve-t-elle en 1898, pour la diphtérie, cinq fois plus élevée?

Les cas, classés sous le nom de diphtérie, anciennement, étaient tous des cas graves; actuellement c'est le bacille qui donne le diagnostic et non l'intensité; donc les comparaisons sont au détriment des anciennes statistiques et à faux; cela est tellement vrai que, dans les admissions dans les hôpitaux, alors qu'il est patent que la diphtérie diminuait, on voit les admissions monter de près de 1,800 à 2,455. Le bacille de Loffler se rencontre avec toute sa virulence, dans 15 0/0 des cas de scarlatine, chez 25 0/0 des individus bien portants d'après Heubner et même 40 0/0, d'après Variot, ce qui est loin du chiffre 8 0/0 de Kober rapporté par M. Gillet. On retire de la statistique toutes les angines non diphtéritiques qui y étaient comptées anciennement et on y laisse les cas opérés; or, du moment où vous en arrivez à tuber plusieurs fois les sujets, c'est que le sérum n'a pas agi ; le succès n'est pas à porter au compte de la sérothérapie. On dit qu'on opère moins et qu'on a plus de succès opératoires, il n'y a là rien que de très naturel, les croups étant moins fréquents et moins graves, et le tubage étant une opération de beaucoup supérieure à la trachéotomie. Le parti pris est tel, que Bayeux, trop modeste, aime mieux attribuer la plus grande part du succès au sérum qu'au perfectionnement judicieux du tubage dont il est l'auteur ; pour ma part, je lui restitue tout l'honneur qu'il s'enlève. Quant à l'intervention précoce, c'est un truc qui sert à diminuer la mortalité des tables ; en effet, dans les cas traités les premiers jours, la mortalité est faible ; elle s'élève à 30 0/0 et au delà pour le cinquième jour, la balance est avantageuse ; mais, Messieurs, le traitement au premier jour a de si beaux résultats parce qu'il s'adresse à la plupart de ces angines légères qui guérissent seules ; dire que c'est le sérum qui les a empêchées de devenir graves est une supposition qui ne repose sur rien de logique. Donc, pour conclusion, vous voyez qu'actuellement, les statistiques ne nous permettent pas, dûment interprétées, de conclure à autre chose qu'à la réserve prudente. La morbidité diminue de plus par suite des soins plus intimes donnés aux malades.

D'autre part, le sérum est dangereux, morts plus ou moins rapides, fièvres, lésions diverses, etc. Notre rapporteur les a signalées, peut-être en les atténuant trop, mais elles sont tout de même probantes. Y a-t-il lieu d'attribuer exclusivement les accidents à la diphtérie ou au sérum? non, mais les nombreux accidents qui se produisent dans la sérothérapie pure, dans la sérothérapie toxique préventive, nous incitent à conclure que souvent cause initiale ou cause aggravante, le sérum est loin d'être sans dangers. Si vous avez suivi nombre de vos inoculés, combien avez-vous dû en voir rester languissants, malingres, pendant des mois ou des années ; est-ce une chose négligeable?

Messieurs, je vous ai dit que certains médecins des hôpitaux ou non, des agrégés, m'avaient avoué que le sérum antidiphtéritique n'avait aucune action. Eh bien, je ne suis pas de leur avis complètement, et je vais défendre le sérum de cette accusation. Le sérum a une action, et c'est le phénomène de liquéfaction des membranes qui a tellement impressionné les premiers observateurs et fait conclure à l'action spécifique. Si cette action était toujours nette, le sérum antidiphtérique pourrait attendre de pied ferme toutes les attaques, car le phénomène par lui seul serait la cause de bien des sauvetages ; malheureusement, il n'en est pas ainsi, et tous vous l'avez constaté, la grande fréquence des interventions n'en est-elle pas une autre preuve?

Je vous ai fait voir, au début de cette discussion, qu'on ne pensait plus à une antitoxine dans le sérum antidiphtérique, mais à une zymase naturelle développée chez l'animal immunisé. Le sérum contient une zymase anticoagulante qui se trouve aussi bien dans le sérum pur, car le Dr Coirius, a fait à Londres, en 1898, dans un hôpital d'enfants diphtériques, des expériences comparatives de sérum pur de cheval, et de sérum antidiphtérique ; il a obtenu des résultats sensiblement identiques dans les deux cas, détachement des fausses membranes, amélioration rapide de l'état général, etc. Donc l'action que l'on prête au sérum antidiphtérique est due au sérum seul, alors pourquoi ne pas se servir de celui-ci qui est moins dangereux, et surtout puisque nous avons vu que son ingestion était sans inconvénients, ce qui permet de monter rapidement à de fortes doses ; ne pas suivre l'absorption stomacale de sérum pur naturel.

J'ajouterai que j'ai décélé dans le poumon, une zymase anticoagulante qui dissout les caillots fibrineux; le poumon semble être l'organe de choix pour la préparation des zymases anticoagulantes et j'en ai fait l'essai favorable sur un de mes fils. C'est une voie sans danger que j'engage les praticiens à suivre, car l'avenir est aux toniques organiques bien préparés.

Messieurs, je termine en vous conjurant, au nom de la clinique prudente, de prendre des conclusions réservées, et je présente l'ordre du jour suivant : « Avant de conclure à l'efficacité absolue du sérum antidiphtérique, il est prudent d'attendre encore quelques années : quant aux autres sérums toxiques préconisés, il faut rigoureusement s'en abstenir.

M. Wlaeff (Société de Médecine et de Chirurgie pratiques), a remporté le succès de la journée. Après une dissertation très savante sur les sérums d'animaux immunisés, sur les résultats qu'il a obtenus à Saint-Pétersbourg, il nous présente deux malades atteintes de cancer du sein, dont l'une, opérée, va très bien, l'autre, voit sa tumeur diminuer et ses douleurs disparaître. La première a été opérée par M. Reynier lorsque la tumeur fut arrivée au tiers de son volume primitif; elle reprend ses forces et augmente de poids. M. Wlaeff obtient son sérum en immunisant des oies par des ferments virulents extraits des tumeurs malignes de l'homme.

M. Reynier (Société de Médecine et de Chirurgie pratiques) a pu suivre, dans son service, les effets des injections de sérum de M. Wlaeff : il confirme les succès obtenus.

M. le Président remercie M. Wlaeff de son importante communication.

M. Antonelli (Société de Médecine de Paris). — Quelques mots, dans un ordre d'idées pratique, au sujet de l'endroit le plus approprié pour l'injection des sérums.

M. Vidal préconise les masses fessières, en nous disant que les injections dans la paroi abdominale sont douloureuses. Cette dernière affirmation est très exacte, et l'on pourrait faire remarquer que la paroi abdominale n'a pas assez de tissu connectif sous-cutané pour une vraie injection hypodermique, ni assez de masses musculaires pour une injection intersticielle profonde. La masse des muscles fessiers est certainement très appropriée pour recevoir des injections interstitielles dont nous ne tenons pas à avoir une absorption rapide, donc l'action devrait plutôt être lente et graduelle ; exemple : les injections mercurielles, solubles ou insolubles. Mais, pour des injections que nous désirons vite parvenues dans la masse sanguine, il est un endroit des plus appropriés, je veux dire le tissu sous-cutané du dos, cet homologue du sac lymphatique où les pharmacologues font les injections expérimentales chez les animaux.

Sur la région dorsale, dont l'espace compris entre le bord de l'omoplate et la ligne médiane, ou même un peu plus bas que l'angle de l'omoplate et pas trop loin de la ligne médiane, une injection exactement hypodermique parviendra dans une grande séreuse sous-cutanée, sans provoquer aucune douleur, à moins de solutions particulièrement irritantes. Le sac lymphatique sous-cutané du dos se prêtera bien à des injections de sérums aussi copieuses que l'on voudra, à condition de pousser l'injection assez graduellement.

M. Gautrelet (Société de Médecine et de Chirurgie pratiques) répare deux oublis : d'abord la question d'*isotonie*, dont personne n'a parlé ; ensuite l'action physiologique spéciale des toxines que contiennent les sérums naturels et artificiels.

M. Cazaux (Société de médecine et de Chirurgie pratiques), félicite M. Vidal de la prudence de ses conclusions au sujet de l'effet des sérums dans la tuberculose. Sans nier le bacille, il croit pouvoir avancer que la tuberculose pulmonaire est la

moins virulente de toutes les maladies contre lesquelles des sérums ont été inventés. Tant qu'on n'aura pas remonté l'organisme, on ne fera rien de définitif avec le sérum antibacillaire.

M. LE PRÉSIDENT donne la parole aux auteurs des Rapports qui désireraient répondre aux précédents orateurs.

M Edmond VIDAL répond en quelques mots à ses argumentateurs. Si je n'ai pas donné de plus amples développements au mode d'action des sérums, ainsi que l'aurait désiré M. Moutier, c'est qu'il était bien difficile de trancher la question et de donner une solution admise de tous. Pourtant je suis d'accord avec Metchnikoff pour faire des sérums non pas des *antitoxiniques*, mais des *stimulants des cellules phagocytaires*, autrement dit des *stimulines*. C'est sur les cellules de l'organisme, ainsi que je l'ai établi dans mon rapport, qu'agissent ces *antitoxines* dont la nature intime est encore inconnue, et dont l'utilisation en thérapeutique a peut-être été prématurée, la clinique n'étant pas encore parvenue à justifier les espérances qu'avaient permis de concevoir les expériences de laboratoire, faites dans des conditions particulières et sur terrain choisi d'avance. Quant à la question des *zymases* et des *ferments solubles* que M. Grasset me reproche de n'avoir pas traitée, ce qui mettrait mon rapport de plusieurs années en retard sur l'état actuel de la science, je l'ai laissée de côté avec intention, car si la zymase a acquis droit de cité dans le répertoire du savant, elle n'est pas encore entrée dans celui du praticien. Or, la mémoire du praticien est déjà encombrée de trop de termes aussi baroques qu'inutiles pour venir encore lui imposer un surcroît de besogne. Je l'ai dit clairement au début de mon rapport, je ne fais pas ici œuvre de savant, mais de praticien; ce rapport n'est pas une thèse, mais une mise au point, et j'ai cherché simplement à donner au praticien un fil conducteur lui permettant de se reconnaître dans le dédale des travaux sur la sérothérapie. Le praticien n'a qu'un but, soulager et guérir ses malades, et les questions d'école ne peuvent l'intéresser qu'en tant qu'elles contribuent directement à sa tâche humanitaire et sociale.

M. H. GILLET. — A M. Moutier, je répondrai qu'il a raison de se plaindre de notre peu d'insistance sur l'action du sérum antidiphtérique. Pour raccourcir mon rapport déjà long, j'ai dû couper cette partie et, comme au théâtre, on s'aperçoit de la coupure.

Le sérum agit d'abord comme sérum animal, comme sérum de cheval, d'où les éruptions, mais en plus comme spécifique non pas comme antitoxique, mais comme provocateur de résistance organique (théorie de la stimuline). A M. Longbois, je dirai qu'il y a moins d'inconvénient à injecter une angine non diphtérique que d'en laisser une diphtérique non traitée, le temps perdu est irréparable. M. Grasset fait une charge à fond contre le sérum. Il propose la théorie des zymases. Nous ne le contrarierons pas et le féliciterons même d'aller ainsi de l'avant : la fonction cellulaire se résume en effet assez souvent à une action diastasique. Pour le reste de son argumentation, je le renvoie au texte même du rapport. Dire que le sérum provoque de l'albuminurie et de l'hématurie n'a que ce seul point d'exact qu'il peut y avoir une albuminurie légère éliminatrice du sérum, mais qu'au contraire l'albuminurie ou l'hématurie préexistante est guérie par le sérum (cas de L. Concetti).

M. Grasset accuse le sérum antidiphtérique d'être toxique. A ce sujet je le renverrai à la dernière communication de M. Talamon à la Société médicale des hôpitaux. Il y verra que 50 pneumoniques ont reçu des doses énormes de sérum antidiphtérique à leur plus grand bénéfice, et sans l'ombre de phénomènes toxiques. La preuve est suffisante, ce semble. Que M. Grasset s'attaque aux statistiques, c'est naturel; elles sont une démonstration trop évidente de l'efficacité du sérum : leurs chiffres ne dépendent pas de M. X ou Y, mais du Ministère de l'Intérieur et on les a prélevés à l'Exposition universelle.

Pour le détail, M. Grasset reprend les mêmes arguments que M. Kassowitz, dont j'ai donné la réfutation dans mon rapport. Il y aurait plus d'angines bénignes, bactériologiques; mais par contre il y a des éliminations d'angines que jadis on aurait comptées comme diphtériques, et non parfois de moins graves comme les streptococciques ; de plus, certain auteur, M. Barbier, retire les angines à bacille court ; tout ceci ne favorise pas le sérum spécifique.

On opérerait plus, mais si même c'était vrai, il faudrait encore remarquer qu'il y a plus de survivants : c'est entre ces survivants qu'il faut partager le nombre des opérations, et ils sont trois au lieu d'un.

Ajouter que voilà déjà six ans que dure l'expérience ; cela paraît suffisant pour éliminer tout hasard heureux. Pas plus que celles de M. Kassowitz, les objections de M. Grasset n'ébranlent la valeur réelle de la méthode.

M. HALLION. — M. Cagny, au cours d'une communication qui d'un bout à l'autre a été fort intéressante, vient de nous apprendre que la maladie des jeunes chiens, contrairement à d'autres maladies observées chez les animaux, n'avait pas été favorablement influencée par les injections de sérum artificiel. Je voudrais faire à ce propos une remarque. MM. Dastre et Loye, dont j'ai rappelé les belles expériences, ont noté que les animaux jeunes, et précisément les jeunes chiens, si j'ai bonne mémoire, supportent mal, *à l'état sain*, les injections intraveineuses abondantes, injections merveilleusement tolérées par les animaux adultes. A quelques critiques d'ailleurs fort bénignes et tempérées par des appréciations trop bienveillantes, je répondrai que mon sujet était vaste et que la place m'était mesurée. Je me suis étendu autant qu'il m'était possible sur les parties qui m'ont semblé spécialement intéressantes, soit par leur nouveauté relative, soit par leur importance théorique ou pratique : telle m'a paru être la question des lavages du sang et celle de l'isotonie. Ce n'est pas sans regret que j'ai écourté certains chapitres, sacrifié diverses réflexions et tu bien des noms, parmi lesquels celui de Chéron, évoqué tout à l'heure, devait être un des premiers cités.

M. LE PRÉSIDENT declare la discussion close, personne ne demandant plus la parole.

M. DIGNAT, Secrétaire-Général de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques, donne lecture d'un télégramme de M. le Dr Paul Berthod, s'excusant de ne pouvoir, pour cause de santé, assister à la séance, et envoyant à ses collègues « l'expression de ses sentiments dévoués à leur œuvre de solidarité médico-scientifique ».

M. DIGNAT est heureux que le sort ait désigné la Société de Médecine et de chirurgie pratiques pour recevoir chez elle les membres de la Société médico-chirurgicale et de la Société de Médecine de Paris. Tous ses collègues et lui se sont réjouis à l'idée de recevoir ces deux Sociétés et ils se félicitent d'avoir eu cet honneur. En leur nom, il remercie tous les confrères qui ont bien voulu venir assister à cette séance. Il espère que cette première réunion plénière, dont le succès démontre l'importance, ne sera pas la dernière. (*Applaudissements*).

M. LE PRÉSIDENT. — Avant de lever la séance, permettez-moi de vous témoigner de nouveau combien je suis heureux et fier d'avoir été appelé à la présider. Ce qui a été fait dans cette réunion plénière montre l'utilité qu'il y a de nous réunir ainsi fréquemment.

Je remercie le bureau de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques de nous avoir reçus aussi aimablement qu'elle l'a fait et j'espère que nous pourrons bientôt prendre notre revanche. (*Applaudissements prolongés*).

M. LE PRÉSIDENT propose d'organiser une nouvelle séance plénière au mois de mai.

(*Cette proposition est adoptée à l'unanimité et sans discussion*).

M. DESNOS, Secrétaire-Général de la Société Médico-Chirurgicale, demande que les personnes qui auraient des questions à proposer veuillent bien les soumettre aux secrétaires-généraux qui choisiraient celle devant faire l'objet d'un ou plusieurs rapports. (*Adopté*).

La séance est levée à 6 h. 1/2.

Parmi les membres présents, ont signé sur la feuille de présence : MM. Beni-Barde, Buret, Desnos, Groussin, Antonelli, de Crésantignes, De Ranse, Dubousquet-Laborderie, Paul Guillon, Lutaud, Paul Cagny, Tolédano, M. Cazaux, Le Menant des Chenais, Suarez de Mendoza, Saint-Yves-Ménard, Moreau, Bardet, Aug. Boursier, A. Courtade, Schlemmer, Paul Reynier, Deroche, Percepied, Hannequin, Bertaud, Franz Glénard, Moreigne, Verchère, Hallion, Bernard, Monfet, Carron de la Carrière, Gillet, Combe, Roser, C.-A. Petit, Galland-Gleize, Philbert, F. Lagrange, Le Blanc, Duprez, Gau-

trelet, Levassort, Smester, Graux, Beausse, Edmond Vidal, Giraud, Depierris, Maurel, Grasset, Adrian, Tripet, Crouigneau, Brun, Bellencontre, L. Duchesne, Albert Weil, Dépéret-Muret, Wlaëff, Guelpa, Baraduc, Bouffé, Jolly, Champigny, Coudray, Longbois, Ferd. Vigier, Hischmann, Dethan, Boisseau du Rocher, Francon, Triollet, Moutier, Dignat, etc., etc.

Les Secrétaires-Généraux,
Dr Buret, Dr Desnos, Dr Dignat.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

Séance du 27 février 1901. — Présidence de M. Brouardel

Odeurs de Paris

M. Trélat demande à M. Gérardin quelques explications sur certains passages de son mémoire sur les odeurs de Paris.

M. Gérardin, qui étudie depuis fort longtemps la manière pratique de débarrasser l'atmosphère des odeurs infectes dégagées par certaines usines, déclare qu'il ne connait pas de meilleur absorbant des odeurs que la terre. C'est dans une fosse creusée dans la terre qu'il amène au moyen de ventilateurs spéciaux, les gaz odoriférants qui se dégagent, par exemple, des eaux ayant servi à la mégisserie. La terre, grâce à ses merveilleux ferments, détruit rapidement les particules odorantes. M. Gérardin dessine, sur la demande de l'assemblée, un schéma, montrant nettement l'ensemble de l'appareil inventé par lui et déjà adopté par plusieurs usines de corroierie et de mégisserie.

M. Brossier rappelle les expériences de Schlœsing faites en 1875 sur l'absorption de l'eau et de l'air par les différents terrains. Il croit, contrairement à l'avis de M. Gérardin, que la tourbe constitue un meilleur absorbant que la terre. Il pense aussi qu'on pourrait arrêter les gaz délétères, fumées, etc, à leur sortie des usines, les canaliser, les faire barboter dans du liquide. On aurait l'avantage de recueillir ainsi une quantité de produits utilisables.

Double canalisation des casernes.

M. Grandjux donne des explications sur sa communication sur la double canalisation dans les casernes. Il insiste sur la nouvelle circulaire du ministre de la Guerre concernant l'emplacement à donner à la cruche à eau dans les chambrées. Il est non seulement important de mettre l'eau à l'abri des poussières, il faudrait lui rendre pendant les saisons chaudes, toute sa fraîcheur. Un des membres de l'assemblée demande la suppression de la cruche dans l'armée et l'établissement, à chaque étage des casernes, de robinets d'eau potable.

Fièvre typhoïde à Paris.

M. Régnier lit son rapport sur la fièvre typhoïde à Paris. Il fait remarquer qu'il y a eu, l'année précédente, deux épidémies distinctes. Dans la première on n'a pas distribué d'eau de rivière filtrée; dans la seconde on en a distribué. Or, dans cette seconde épidémie, il semble que l'eau de rivière n'a pas joué un rôle bien appréciable. M. Régnier fait remarquer que, dans bien des cas, il faut se défier de certaines eaux dites de source, qui peuvent être contaminées par des déjections amenées à la faveur d'un éboulement ou de certaines dépressions de terrain dans lesquelles les eaux peuvent stagner.

M. Brouardel insiste sur la difficulté que l'on rencontre toutes les fois que l'on veut obtenir une eau de source à peu près pure et à l'abri de toute contamination. L'alimentation des villes avec de l'eau pure est une question du plus haut intérêt, un problème difficile à résoudre et loin d'être résolu et qui demeure à l'ordre du jour. Laurens.

Société médico-psychologique.— La Société médico-psychologique se réunira le lundi, 25 mars à 4 heures, rue de Seine 12. *Ordre du jour* : Rapport sur les travaux de M. Pilcz : M. Legrain — Des obsessions kinesthésiques dans la folie du doute; M. Seglas.

Commission d'hygiène industrielle. — M. le Dr Brémond, ancien inspecteur departemental du travail à Paris, a été nommé membre de la Commission d'hygiène industrielle.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la grippe et de ses manifestations broncho-pulmonaires par l'hélénine.

De toutes les manifestations grippales si fréquentes en cette saison, celles qui portent sur les voies respiratoires offrent le plus de dangers. L'inflammation des premières voies respiratoires détermine une toux rebelle et pénible, et est souvent suivie de l'extension de l'infection grippale aux bronches et même au parenchyme pulmonaire. L'action de l'hélénine du Dr de Korab, qui calme la toux, qui modifie et diminue l'expectoration, qui jouit en outre d'un pouvoir microbicide bien constaté, sera d'une grande utilité dans le traitement curatif de la grippe et dans la prophylaxie de ses complications broncho-pulmonaires. Ce précieux agent thérapeutique, qui a fait brillamment ses preuves dans les épidémies de grippe de ces dernières années, s'administre à la dose de 3 à 5 globules d'hélénine du Dr de Korab par jour.

Un grand nombre de praticiens sont encore persuadés que la créosote nuit aux fonctions digestives. Ils ont pu avoir raison lorsque la créosote était administrée à très haute dose ou en dehors des repas. Mais depuis qu'on l'administre à doses modérées pour agir concurremment avec le traitement hygiénique, il a bien fallu reconnaître que la créosote est, au contraire, eupeptique, qu'elle augmente sensiblement l'appétit et l'assimilation.

A la dose de deux ou trois à chaque repas, les Capsules Dartois sont très bien supportées par tous les malades atteints de catarrhe des bronches, de bronchites chroniques, de grippe catarrhale ou des premières périodes de la phtisie, dont les cas sont en ce moment si nombreux.

Des effets de la créosote suivant ses doses et son mode d'emploi.

Si la médecine en est encore à rechercher la substance capable d'entraver chez l'homme le développement et la multiplication du bacille de Koch, elle possède du moins certains agents qui exercent une action favorable sur l'évolution de la maladie. Au premier rang de ces agents est la créosote, qui, malgré la vogue si justifiée du traitement hygiénique, a néanmoins conservé toute la faveur dont elle jouissait et constitue le plus utile adjuvant du repos, de l'aération et de la suralimentation. Etudiée *in vitro*, mêlée à des cultures sur agar ou à du sérum gélatinisé, la créosote se manifeste comme un antiseptique qui contrarie notablement la prolifération des bacilles. Il serait téméraire de dire qu'elle agit de même, du moins à un égal degré, dans l'organisme. Néanmoins, depuis 1877, époque à laquelle Bouchard et Gimbert rappelèrent la créosote à l'attention du corps médical, divers médecins, tels que Grancher, Sommerbrodt, Debove, Hérard et Cornil, Fraentzel, Daremberg, Bouchonneff, constatèrent que la créosote tarissait les sécrétions bronchiques anormales et produisait une sclérose limitante autour des foyers tuberculeux. Il n'est pas de praticien qui n'ait eu l'occasion d'observer des faits semblables, surtout lorsque la créosote a été administrée sous une forme et à des doses que tolère l'organisme.

L'observation clinique et l'expérimentation ont, en effet, démontré que le mode d'administration de la créosote avait sur son action la plus grande influence et que, d'autre part, les effets du médicament employé sous forme d'inhalations, pulvérisations, injections sous-cutanées, voire même trachéales, étaient incertains, pour ne pas dire dangereux. Aussi la pratique médicale a-t-elle adopté d'une façon presque universelle l'administration par la *voie stomacale*, qui est, au dire des maîtres les plus compétents en la matière, la voie la plus recommandable. Certes, en opérant ainsi, on ne peut introduire dans l'organisme de hautes doses de créosote, mais heureusement pour les malades; car « la créosote à haute dose est un médicament dangereux, quelle que soit la voie par laquelle on l'ait introduite dans l'organisme ; elle peut alors provoquer des troubles digestifs, des hémoptysies mortelles, des poussées tuberculeuses nouvelles dans les poumons ou dans les organes éloignés, comme le fait la lymphe de

Koch » (1). La presque unanimité des médecins s'en tient donc aux doses que Bouchard et Gimbert indiquèrent dans leurs premières recherches et qui allaient de 30 à 60 centigrammes par jour. Daremberg, qui a une si grande habitude des tuberculeux, ne dépasse pas 50 centigr. en moyenne; il ne s'élève à 1 gramme que chez les phtisiques qui ont un estomac d'une complaisance peu commune. Ces doses suffisent pour modifier favorablement les sécrétions bronchiques et les lésions pulmonaires. Encore faut-il, dans un traitement de longue durée, les fractionner et les administrer sous la forme, préconisée par Bouchard et Gimbert, « *de solution complète et fortement étendue* ».

Ces considérations nous amènent à signaler les excellents résultats que nous a donnés une préparation réalisant ces desiderata et connue sous le nom de Solution Pautauberge au chlorydro-phosphate de chaux créosoté. C'est en s'inspirant à la fois de l'observation clinique et de l'expérience de la médication créosotée, que son auteur est arrivé à constituer un produit qui n'a aucun des inconvénients de la créosote. Cette substance entre dans sa composition à raison de 0.10 centigr. par cuillerée à potage. Grâce à sa redistillation et à sa solution dans un liquide susceptible d'être étendu d'eau à volonté, la créosote n'a aucune action caustique ni irritante sur les voies digestives, dont elle est, en l'espèce, l'antiseptique de choix. Avec le chlorhydro-phosphate de chaux qu'on a eu l'excellente idée d'incorporer à la solution de créosote, la Solution Pautauberge fournit le maximum d'effet qu'on puisse attendre et de la creosote et du phosphate de chaux. Outre son action spéciale et antiseptique sur les lésions pulmonaires, elle relève l'appétit et facilite la digestion, elle augmente les forces et la vitalité des sujets, en leur restituant l'acide phosphorique qu'ils dépensent toujours en excès. Elle est, en somme, comme l'hygiène et ses divers moyens qu'elle seconde singulièrement, l'un des facteurs essentiels du traitement classique de la tuberculose.

BIBLIOGRAPHIE

Etude expérimentale et clinique sur quelques persulfates et sur la persodine; par M. H. Rigot, ancien interne des hôpitaux de Saint-Étienne, (thèse de Lyon, décembre 1900).

Les persulfates nouvellement introduits dans la thérapeutique, à la suite de consciencieuses recherches chimiques et de nombreuses expériences de MM. A. et L. Lumière, ont été déjà l'objet de travaux de MM. Garel, Millian, Bétuel. Ces auteurs ont bien mis en lumière l'action spéciale sur la nutrition de ces sels qui excitent l'appétit et déterminent l'augmentation du poids. M. A. Robin a récemment vérifié leur valeur thérapeutique, comme en fait foi une communication à la Société de thérapeutique en janvier 1901.

Dans sa thèse, le Dr Rigot fait une étude complète sur l'action physiologique et pharmaco-dynamique des persulfates alcalins et notamment des persulfates de soude et d'ammoniaque. Successivement il expose l'historique et la chimie des persulfates, leur action sur le sang, leur toxicité, leur puissance pharmacodynamique, leur pouvoir antiseptique, leurs effets sur la nutrition, et les résultats d'expériences de digestions artificielles. Le Dr Rigot termine par l'étude clinique qui mérite d'être plus longuement analysée. L'instabilité de ces persulfates, même en solution, est tout d'abord à envisager, ces sels se décomposent très vite en se désoxydant. Cette réaction est provoquée par les plus petites traces de matières organiques : lait, vin, alcool, sirop, sucre, etc. Cette altérabilité avait empêché d'utiliser en thérapeutique les persulfates alcalins, car il arrivait fatalement qu'au lieu de prendre des persulfates chimiquement purs, le malade prenait des persulfates altérés, c'est-à-dire un mélange de persulfates, de sulfates et d'acide sulfurique. MM. A. et L. Lumière sont parvenus à obtenir une solution stable de persulfates alcalins, en mélangeant ces persulfates dans certaines conditions de réaction et dans certaines proportions. Cette solution inaltérable constitue la persodine, et c'est avec elle que toutes les recherches cliniques ont été faites. Le Dr Rigot cite 41 observations avec tous les détails nécessaires, la plupart sont empruntées aux services des hôpitaux. Ce sont des tuberculeux, des anémiques, des convalescents de maladies aiguës, d'affections chirurgicales, des surmenés, des névropathes. Sur la presque totalité de ces malades (39), on a noté une augmentation notable de l'appétit. Cette augmentation survient en général assez rapidement et amène le plus souvent une sensation de bien-être. La digestion est rendue meilleure, et enfin, point important, une augmentation de poids souvent considérable est signalée dans la plupart des cas. Comme conséquence, l'embonpoint reparaît, les forces reviennent. Tels sont les effets successifs que la lecture des observations précédentes révèle chez la plupart des malades.

Nous ne saurions terminer le compte rendu de cette intéressant travail, sans noter les nombreux tracés cardiographiques et sphygmographiques qui ajoutent à l'intérêt clinique des observations et montrent avec quel souci l'auteur a entrepris l'étude des persulfates.

Traité d'accouchements de MM. Tarnier et Budin.

M. G. Steinheil, éditeur, nous prie d'informer nos lecteurs que ceux d'entre eux qui ont souscrit depuis l'origine (1878) au *Traité d'accouchements* de Tarnier peuvent réclamer chez leur libraire le quatrième et dernier volume qui vient de paraître. Les exemplaires des tomes II, III et IV ont été remis successivement chez les libraires souscripteurs. Les Docteurs qui ont droit à ces volumes n'ont donc qu'à les réclamer pour en obtenir livraison immédiate.

VARIA

Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Medecins de France.

Le Conseil général de l'Association des Médecins de France s'est réuni le 8 mars 1901, sous la présidence de M. Lannelongue. Dons reçus : Pour la caisse des fonds généraux, 500 fr. de la Société de Maine-et-Loire ; pour la caisse des Veuves et Orphelins, 200 francs de M. le Dr Delvaille (de Bayonne) ; pour la caisse des Pensions, 200 francs de M. le Dr Leroy-Dupré ; versement et don de la Société de Tarn-et-Garonne, 10 francs par cotisation perçue. Le président annonce qu'il remettra une somme de 3.000 francs à la caisse qui sera la première ouverte par l'Association : de *l'indemnité maladie* ou des *retraites de droit*. Subventions : Une somme de 900 francs a été accordée aux Sociétés de la Somme, de Brignoles et Draguignan et de Toulon, pour venir en aide à des veuves de sociétaires.

Le Conseil a été informé qu'une Assemblée générale de l'*Association amicale des Médecins français pour l'indemnité en cas de maladie* devait avoir lieu le 17 mars pour discuter les projets de modifications à ses statuts qui permettraient l'adjonction de cette société à l'Association générale. Les statuts de la *Caisse des Pensions de retraites du Corps médical français* n'ayant pas encore été révisés, conformément à la loi du 1er avril 1898, les projets d'entente avec cette société se trouvent momentanément retardés. Le Conseil a décidé qu'un compte rendu analytique de ses travaux, signé du président et d'un secrétaire, serait adressé après chaque séance à tous les journaux de médecine et aux Sociétés unies. MM. Laugier et Rendu seront présentés à l'Assemblée générale pour remplacer au Conseil général MM. Bergeron et de Beauvais décédés. M. Sainton sera proposé pour remplir les fonctions d'archiviste de l'Association. Le Conseil charge M. le Trésorier de s'entendre avec le notaire de l'Association et celui de la succession Marjolin pour préparer la vente, dans les meilleures conditions possibles, des immeubles dus à la grande libéralité de notre regretté collègue.

Les concours d'agrégations.

Pathologie interne et médecine légale.

Leçon orale d'une heure, après quarante-huit heures de préparation : Les tachycardies : M. Lesage. — Erythèmes scarlatini-

(1) Daremberg. — *Traité de la Phtisie pulmonaire*, tome I, page 193.

formes : M. Ardin-Delteil. — Indications thérapeutiques générales dans les maladies infectieuses aiguës : M. Spillmann. — De l'influence des traumatismes dans la production des maladies infectieuses : M. Mongour. — Les diabètes insipides : M. Pauly. — Des anesthésies d'origine médullaire : M. Gouget. — De la convalescence dans les maladies aiguës : M Claisse. — Les abcès de l'encéphale : M. Chatin. — Inflammations chroniques nodulaires : M. Kenault. — De la coexistence des lésions syphilitiques et tuberculeuses dans le poumon : M. Hoche. — Des chorées symptomatiques : M. Rénon. — Du coma : M. Nicolas. — De l'hypothermie dans les maladies aiguës : M. Courmont. — Les aortites aiguës : M. Vedel. — Les angines pseudo-membraneuses : M. Garnier. — Nécrose aseptique : M. Apert. — Les métastases : M. Patoir. — Des ataxies du mouvement : M. Carnot. — Péritonites purulentes primitives non tuberculeuses : M. Cabannes. — Des albumines non brightiques : M. Bezançon. — Causes, pathogénie, lésions de la paralysie générale : M. Lépine. — De l'hémoglobinurie : M. Legry. — Epilepsie Jacksonienne : M. Verger. — Des infections par les protozoaires chez l'homme et chez les animaux : M. Jeanselme.

Chirurgie et Accouchements.

Le jury du concours d'agrégation, qui s'est ouvert le 11 mars, est ainsi composé : Juges titulaires de Paris : MM. Duplay, Tillaux, Terrier, Berger et Budin. — Juges titulaires de province : MM. Demons (Bordeaux), Fochier (Lyon), Folet (Lille) et Forgue (Montpellier). — Juges suppléants : MM. Le Dentu, Lejars, Delbet et Varnier.

Sont admis à prendre part à ce concours : Aix : M. Delanglade. — Bordeaux : MM. Andérodias, Bégouin, Vitrac. — Lille : MM. Lambret, Lefort, Potel, Vanverts. — Lyon : MM. Commandeur, Delore, Fabre, Gayet, Thévenot, Tixier, Villard. — Montpellier : M. Jeanbrau. — Nancy : MM. Michel, Pillon. — Paris : MM. Auvray, Baudet, Bouchacourt, Bougié, Brindeau, Chéron, Delbet, Demelin, Dubrisay, Gosset, Govin, Keim, Launay, Longuet, Macé, Marion, Morestin, Potocki, Savariaud, Souligoux, Terrien, Thoyer.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 25. — *Dissection.* N. R. : MM. Rémy, Retterer, Sébileau. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*) Oral. A. R. : MM. Broca (Aug.), Segond, Lepage. — (1re *série*). Oral. N. R. : MM. Pinard, Reclus, Jalaguier. — (1re *série*) : Oral. A. R. : MM. Poirier, Varnier, Mauclaire. — (2e *partie*). Oral. N. R. : MM. Brissaud, Gilles de la Tourette, Launois. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Legueu, Reynier, Lejars. — (1re *partie*). Chirurgie : MM. Delens, Tuffier, Walther. — (2e *partie*) : MM. Gaucher, Fournier, Tessier.

MARDI 26. — *Dissection.* N. R. : MM. Farabeuf, Rémy, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. : MM. Blanchard Letulle, Charrin. — 2e *de Doctorat* : MM. Retterer, André, Langlois. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Maygrier, Thiéry, Faure. — Oral. N. R. : MM. Le Dentu, Quénu, Bonnaire. — Oral. A. R. : MM. Schwartz, Brun, Wallich. — (2e *partie*). A. R. : MM. Achard, Hallopeau, Ménétrier. — 4e *de Doctorat.* A. R. : MM. Gilbert, Thoinot, Chassevant. — 5e *de Doctorat.* (1re *partie*). Chirurgie. : MM. Guyon, Campenon, Albarran. — (2e *partie*). : MM. Joffroy, Marfan, Dupré. — (2e *partie*). : MM. Raymond, Troisier, Vaquez.

MERCREDI 27. — *Dissection.* N. R. : MM. Segond, Poirier, Sébileau. — 1er *de Doctorat.* Oral. : MM. Delens, Rémy, Jalaguier. — 2e *de Doctorat* (Officiat). : MM. Walther, Letulle, Launois. — 2e *de Doctorat.* : MM. Reynier, Heim, Degrez. — 3e *de Doctorat.* (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Tuffier, Lejars, Lepage. — Oral. N. R. : MM. Pinard, Reclus, Mauclaire. — (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Broca (Aug.), Legueu, Varnier. — 4e *de Doctorat* : MM. Fournier, Pouchet, Wurtz.

JEUDI. 28. — *Dissection.* N. R. : MM. Farabeuf, Rémy, Retterer. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) N. R. : MM. Hanriot Letulle, Roger. — (1re *partie*). A. R. : MM. Campenon, Wallich, Faure. — (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Brun, Maygrier, Poirier. — (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Bouilly, Quénu, Richelot. — (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Schwartz, Bonnaire, Thierry. (2e *partie*). Oral. N. R. : MM. Grancher, Achard, Ménétrier. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Netter, Thiroloix, Desgrez.

VENDREDI 29. — *Dissection.* N. R. : MM. Legueu, Rémy, Reynier. — 2e *de Doctorat* : MM. Ch. Richet, Retterer, Gley. — (3e *de Doctorat*) (2e *partie*) : MM. Grancher, Teissier. Méry. — (4e *de Doctorat*) N. R. : MM. Pouchet, Landouzy, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Reclus, Segond, Lejars. — (1re *partie*). Chirurgie : MM. Jalaguier, Tuffier, Mauclaire. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Netter, Widal. — (1re *partie.*) Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 30. — *Dissection* N. R. : MM. Farabeuf, Quénu, Faure. — (3e *de Doctorat*) (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Bouilly, Schwartz, Campenon. — (2e *partie*). A. R. : MM. Letulle, Achard, Widal. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Hallopeau, Roger, Thiroloix. — (2e *série*) : MM. Gilbert, Ménétrier, Vaquez. — (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Le Dentu, Poirier, Albarran. — (2e *série*). Chirurgie : MM. Richelot, Brun, Ricard. — (2e *partie*) : MM. Debove, Troisier, Marlan. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Maygrier, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 27. — M. Mouras. De la curabilité de la cirrhose alcoolique en particulier par l'opothérapie hépatique. — M. Latron. Des études cataleptiques dans les infections et les intoxications. — M. Beuchet. Influence des maladies de l'aoste sur le développement de la tuberculose pulmonaire. — M. Laufer. L'hypochloruration et l'action des bromures dans l'épilepsie. — M. Massart. De l'alcoolisme dans le quartier Saint-Antoine. — M. Berest. Troubles nerveux chez les amygdaliens. — M. Mathey. La Tuberculose à Paris. — M. Imbault. Contribution à l'étude de la fréquence de la tuberculose chez les alcooliques. — M. Neumager. Des signes pseudo-cavitaires dans les pneumonies grippales. — M. Carpentier. Des indications du tubage et de la trachéotomie dans les laryngites diphtériques.

JEUDI 28. — M. Compain. Contribution à l'étude de l'emploi de l'oxicyanure de mercure dans les affections uréthrales (uréthrites et rétrécissements). — M. Berthelot. Résultats éloignés du traitement de la tuberculose testiculaire par les opérations économiques. — M. Pesme. Traitement des tuberculoses externes fistulisées et des tuberculoses cutanées. — M. Minet. Les suppurations prostatiques et péri-prostatiques (formes et traitement). — M. Louvet. De l'intervention précoce et préventive dans les cas de délivrance incomplète. Etude statistique faite à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine. — M. Pinatel. Des lésions de l'estomac, consécutives au traumatisme par contusion. — M. Gales (Jules). Contribution à l'étude de la radiographie appliquée aux projectiles logés dans la tête. — M. Brugirard. Bénignité relative des fractures du crâne chez les enfants. — M. Guesdon Le lichen d'Islande. L'acide cétrarique, l'acide protocétrarique, leurs propriétés antiémétiques. — M. Cau. De la toxicité du phosphore. — M. Sueur. Du bleu de méthylène chimiquement pur, en poudre, dans le traitement des métrites.

Enseignement médical libre.

Cours d'ophtalmologie. — Le Dr A. TERSON, le jeudi, à 5 heures : *Traitement médical et chirurgical des maladies des yeux.* Exercices opératoires après les leçons de chirurgie. — Le cours est gratuit. — S'inscrire *à l'avance* (ou par lettre), tous les jours, de 1 à 2 heures, 52, rue Jacob.

Technique histologique et histologie. — M J. JOLLY commencera, le mardi 16 avril 1901, au Laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe, rue des Ecoles), une série de conférences pratiques sur la technique histologique et l'histologie. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures.

Cours public et gratuit d'anatomie. — M. le Dr J.-A. FORT a commencé ce Cours le lundi 11 mars à 4 heures dans l'amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté ; il le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. — La première leçon sera : *Le plastron Chondron-sternal et ses rapports, au point de vue médical et chirurgical.*

FORMULES

XXI. — Contre la constipation.

Chlorydrate d'apocodéine . .	0 gr 50 centigr.
Eau stérilisée.	50 grammes.

pour injections hypodermiques. Injecter deux centimètres cubes de cette solution. (Combemale.)

XXII. — Contre l'influenza.

Extrait d'aconit	0 gr. 005 milligr.
Poudre de Dover. .	0 gr. 02 centigr.
Phénacétine . . .	} àà 0 gr. 10 —
Sulfate de quinine . . .	

pour une pilule. 3 fois par jour, prendre deux de ces pilules. (Thomson.)

Acide salicylique	4 grammes
Salicylate de méthyle	10 »
Essence d'eucalyptus.	} àà 5 »
Beurre de muscade	
Huile volatile de sauge	3 »
Huile camphrée	30 »
Alcoolature de bois de genévrier. .	120 »

En frictions sur le thorax. (Bourget, de Lausanne.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 10 mars au samedi 16 mars 1901, les naissances ont été au nombre de 1.127 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 420, illégitimes, 160 Total, 580 — *Sexe féminin* : légitimes, 396, illégitimes, 151. Total, 547.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 10 mars au samedi 16 mars 1901, les décès ont été au nombre de 1099, savoir : 582 hommes et 517 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 1, F. 5, T. 6. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 3, F. 8, T. 11. — Rougeole : M. 3, F. 5, T. 8. — Scarlatine : M. 2, F. 3, T. 5. — Coqueluche : M. 4, F. 4, T. 8. — Diphtérie et Croup : M. 4, F. 8, T. 12. — Grippe : M. 10, F. 15, T. 25. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0, — Autres maladies épidémiques : M. 2, F, 1, T. 3. — Tuberculose des poumons : M. 132, F. 75, T, 207. — Tuberculose des méninges : M. 16, F. 10, T. 26. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 8, T. 22. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 16, F. 25, T. 41. — Méningite simple : M. 12, F. 13, T. 25. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 24, F. 32, T. 56. — Maladie organique du cœur : M. 31, F, 35, T. 66. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 10, T. 19. — Bronchite chronique : M. 19, F. 19, T. 38. — Pneumonie : M. 36, F. 26, T. 62. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 75. F. 60, T. 135. — Affection de l'estomac (cancer exc.) : M. 4, F. 2, T. 6. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 3, F. 3, T. 6; autre alimentation, M. 12, F. 6, T. 18. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Hernies, obstruction intestinale : M. 4, F. 2. T. 6. — Cirrhose du foie : M. 6, F. 1, T. 7. — Néphrite et mal de Bright : M. 18, F. 10, T. 28. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 1, T. 1. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 18, F. 14, T. 32. — Débilité sénile : M. 29, F. 38, T. 67. — Morts violentes : M. 18, F. 9, T. 27. — Suicides : M. 8, F. 1, T. 9. — Autres maladies : M. 49, F. 55, T. 104. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 8, F. 9, T. 17.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 74, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 23, illégitimes, 19. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 8, Total : 32.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Travaux pratiques de Pharmacologie et de matière médicale*, sous la direction de M. le Dr JOANIN. — Etude du droguier. Le laboratoire de pharmacologie et de matière médicale est ouvert à MM. les étudiants de 3e, 4e et 5e années pour l'étude du droguier. Pour être mis en série, MM. les étudiants devront se faire inscrire au laboratoire, les mardis, jeudis et samedis, de 3 à 4 heures, sur la présentation de leur carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits prescrits (15 francs). Le nombre de place de chaque série est limité à 50. Une convocation spéciale leur sera adressée pour indiquer les jours et heures où ils seront admis aux travaux et interrogations.

Démonstrations et exercices de radiographie, sous la direction de M. BROCA (André). — Des démonstrations de radioscopie et de radiographie, suivies d'exercices pratiques faits par les élèves, auront lieu au laboratoire de physique de la Faculté de Médecine, les lundi, mercredi et vendredi, de 3 à 5 heures, dans le courant de l'année scolaire. La durée des manipulations sera de neuf séances, au prix de 150 francs, pour les élèves ne connaissant pas la photographie ; elle sera de six séances, au prix de 100 francs, pour les élèves connaissant la photographie. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de physique, les lundi, mercredi et vendredi, de 5 heures à 5 h. 1/2, depuis le 2 novembre 1900. Les droits seront versés après autorisation du directeur des travaux.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de zoologie* (mammifères et oiseaux). — M. E. OUSTALET, professeur, commencera ce cours le lundi 25 mars 1901, à 2 heures, dans la salle des Cours de la Galerie de Zoologie (premier étage), et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure. Le professeur traitera d'abord, d'une façon générale, des caractères distinctifs, de l'histoire, de l'organisation, des mœurs, de l'utilité économique, de la distribution géographique et de la classification des oiseaux. Il s'occupera ensuite, plus particulièrement, des espèces appartenant aux ordres des psittaciens, des rapaces, des grimpeurs, des syndactiles et des passereaux ordinaires. Le cours sera complété par des conférences dans les galeries et dans la ménagerie. Les jours et heures de ces conférences seront indiqués par des affiches spéciales.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Pr MANASSÈME, fondateur du journal médical russe le *Wratch*, qu'il dirigeait avec talent depuis plus de 20 ans. — L'Académie de médecine de Turin nous fait part de la mort de son très regretté trésorier honoraire, M. le Dr baron Albert GAMBA. — Le Dr A.-J. MARTIN, inspecteur général des services d'hygiène de la ville de Paris, vient d'être cruellement éprouvé par la perte de son fils unique, âgé de vingt ans, l'un des élèves les plus distingués de la Faculté des Sciences. Les obsèques ont été célébrées le 19 mars, à midi, au milieu d'une assistance nombreuse. Nous adressons à notre malheureux ami l'expression de nos sentiments les plus sympathiques. — M. le Dr Victor PASCHUTI (de Saint-Pétersbourg),



Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr. RUE DE RENNES, 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 13. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 30 MARS 1901.

Le Progrès Médical

CHIRURGIE

De la chirurgie dans les asiles d'aliénés ;

Par Lucien PICQUÉ, chirurgien de l'hôpital Bichat, chirurgien en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Depuis que l'organisation du service de chirurgie est devenu un fait accompli dans les asiles d'aliénés du département de la Seine, grâce aux efforts de l'administration préfectorale et du Conseil général de la Seine, les cas se sont multipliés qui sont venus démontrer combien fondées étaient nos prévisions au point de vue de la nécessité de l'assistance chirurgicale régulière et systématique des aliénés. Nous n'osions cependant pas espérer que les faits seraient en si peu de mois assez nombreux pour triompher mieux que de longues controverses des préjugés si longtemps mis en avant contre l'intervention chez les aliénés. Je suis heureux, d'ailleurs, de rendre ici un hommage à l'esprit éclairé de tous nos collègues, qui, en m'ouvrant leurs services, m'ont permis de traduire, en faits précis et indiscutables, les idées dont je poursuis depuis de si longues années la réalisation. C'est grâce à leur sollicitude pour les malades dont ils ont la charge, à leur intérêt à cette organisation nouvelle, que je dois les résultats intéressants que j'ai pu obtenir ; c'est à eux que je devrai le succès du beau pavillon qui m'a été donné pour y faire cette chirurgie et qui s'est ouvert le 1er février.

Dans mon dernier rapport à M. le Préfet de la Seine j'opposais à la Chirurgie « qui se voit », c'est-à-dire se traduit par des lésions extérieures faciles à reconnaitre, celles « qui ne se voit pas », c'est-à-dire celle qui, au contraire, exige l'expérience d'un chirurgien de carrière et qui comprend toute la chirurgie viscérale (foie, rein, annexes chez la femme). Ce ne sont pas, en effet, seulement les plaies, les traumatismes, les hernies étranglées et les phlegmons qu'il convient seulement de soigner dans les asiles, c'est la chirurgie viscérale qu'il y faut introduire et dont il faut faire bénéficier des malades temporairement internés, qui doivent guérir de leur affection mentale et qu'on ne doit laisser pas mourir à l'asile. C'est pour cette chirurgie, d'ailleurs, qui exige tant de précautions, pour ne pas devenir elle-même meurtrière, qu'a été édifié le pavillon de chirurgie. C'est là que nous montrerons que cette chirurgie est fréquente et qu'elle est inoffensive avec les ressources antiseptiques qu'on nous a prodiguées. Jusqu'à une époque encore peu éloignée, nous ne pouvions pas agir. Dans ce dernier temps, grâce à une installation temporaire mais coûteuse, mise à notre disposition d'une façon très aimable par le service départemental et les directeurs de nos asiles, nous avons pu faire une série d'opérations graves *sans un seul insuccès* et dont nous publions ici quelques cas.

Perforation de l'estomac d'origine traumatique gastrorrhaphie. Guérison. (Observation présentée à la Société de Chirurgie le 18 décembre 1900.

M... Mathilde, 28 ans, entre le 12 octobre 1899 dans le service de M. Boudrie, à l'asile de Vaucluse. Le certificat délivré par le service de l'admission de Sainte-Anne est le suivant : Délire mélancolique, découragement, dégoût de la vie, idées et tentatives de suicide. J'examine la malade pour la première fois le 20 août. Elle présente dans la région du foie une tumeur douloureuse à la pression, mais dont les limites sont indécises. L'interne de service me dit qu'elle a avalé des épingles, il y a quelques mois. Il n'est pas possible de connaître la date précise. Au point de vue des antécédents, elle n'a eu aucune crise bien nette de colique hépatique. Pas d'ictère antérieur. Le 20 mars, elle a eu une courbe cyclique simulant une typhoïde ; cet état a duré un mois. Ces jours-ci, elle a rendu un demi-verre de sang dans les selles. Actuellement, la température oscille entre 37° et 38° Sous chloroforme, on constate une tuméfaction légèrement allongée en battant de cloche, dûre à la pression, mobilisable transversalement, immobile dans le sens vertical. La température est de 37°,2. A l'état de veille, il existe une hypéresthésie extrême de la région.

A la suite de l'examen pratiqué chez la malade, je pensais soit à une cholecystite, soit à un foyer de péritonite consécutive à la sortie d une aiguille à travers la paroi de l'intestin.

Visite du 28 août. La malade a été prise de fièvre le lendemain de l'exploration, 38°,8. Le lendemain, la température est retombée à la normale et oscille entre 37°,5 et 37°,8.

La région reste très douloureuse et impossible à explorer. Néanmoins, la sensibilité diminue un peu pendant le mois de septembre.

Du 3 au 8 octobre, nouvelle crise douloureuse avec hyperthémie. La température oscille entre 38° et 38°,4.

Le 12 octobre, la malade est de nouveau apyrétique. Depuis

cette époque, elle présente de temps à autre un peu de sensibilité avec élévation légère de la température. C'est dans ces conditions que je réclame une intervention qui est acceptée par le médecin et la famille. Le pavillon de chirurgie n'étant pas encore ouvert, l'opération est pratiquée à l'asile, le 30 novembre, avec le précieux concours de MM. les Drs Boudric et Vigouroux, médecins de l'asile; de M. Bienvenu, interne de l'asile; et de M. Grégoire, interne à l'hôpital Bichat.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Au niveau et en avant de la vésicule biliaire, existe une grosse adhérence à la paroi, d'apparence tubulée, et qui conduit à la paroi adjacente de l'estomac près du pylore. A ce niveau, cette paroi est épaissie et se présente sous l'espect d'une tumeur. Le péritoine pariétal est lui-même très épais, fusionné avec le muscle. ce qui rend l'ouverture du péritoine particulièrement dificile.

En détachant l'adhérence de la paroi abdominale, on constate alors qu'elle est creusée d'une cavité, au centre de laquelle se trouve une assez longue aiguille de couturière et du liquide stomacal mélangé de pus. Il s'agit bien d'un foyer de péritonite enkystée.

La paroi stomacale est le siège en ce point d'une perforation présentant la surface d'une pièce de un franc, et due probablement au sphacèle de la paroi au point de contact de l'aiguille.

L'exploration de l'estomac est facile par son orifice, et ne permet de découvrir ni avec le doigt, ni avec un instrument mousse, aucune autre aiguille. L'orifice est fermé par deux plans de suture séro-séreuse. La vésicule biliaire se trouve juste au-dessous du foyer : elle ne présente aucune lésion.

Les suites furent très simples. Apyrexie absolue, le 7 septembre. Les fils sont enlevés. Réunion immédiate. Depuis cette époque, la malade ne présente plus aucun trouble local. Le 25 janvier 1901, l'état général est excellent.

Hématosalpinx compliquant une grossesse de cinq mois. Opérations. Continuation de la grossesse et accouchement normal. (Observation présentée à la Société de chirurgie le 18 décembre 1900.)

Femme H..., appartenant au service de la colonie de Vaucluse (service de M. le Dr Blin, médecin en chef) a toujours présenté une excellente santé. Depuis trois mois, cessation complète du flux menstruel : au bout de six semaines, elle a commencé à se plaindre de douleurs vives dans le ventre, se présentant sous forme de crises. Le 27 juillet, la malade a des vomissements réitérés qui durent vingt-quatre heures. Mon collègue et ami M. Mauclaire, adjoint du service, qui vit d'abord la malade, constata l'existence d'une grossesse de trois mois. Le col est mou et légèrement entr'ouvert. Il existe, en outre, une tumeur annexielle à droite, et admet la possibilité d'une grossesse extra-utérine surajoutée. Dans un premier examen que je fis ultérieurement, je ne puis arriver sur la tumeur, que je ne retrouvai que dans un deuxième examen. Cette tumeur très mobile, et qui parfois venait à se placer tout à fait derrière l'utérus, avait le volume du poing. La surface en est lisse et la consistance plutôt rénitente.

Le 19 août, cette tumeur avait augmenté de volume. La saillie qu'elle fait à la partie supérieure est beaucoup plus nette.

La malade a encore éprouvé la veille au soir et dans la nuit des douleurs extrêmement violentes suivies de vomissements, mais rapidement calmés sous l'influence de lavements laudanisés. Le pouls reste bon et se maintient entre 75 et 80. La température est à 37°,5, mais la malade éprouve un grand sentiment de faiblesse : d'ailleurs, depuis un mois, l'alimentation est devenue très difficile. Les moindres douleurs provoquent des vomissements et entretiennent un état nauséeux presque constant.

Le 13 août. L'utérus a très notablement augmenté ; le col est très ramolli ; les douleurs restent très vives.

Le 17 août, mon ami et élève M. Macé, chef de clinique obstétricale à la Faculté, confirme le diagnostic de grossesse de quatre mois, que j'accepte également. Moi-même, j'admets le diagnostic de grossesse extra-utérine surajoutée avec menace de rupture, mais la malade n'a jamais eu de pertes sanguines depuis le début des accidents, le diagnostic reste hésitant.

Le 18 août. Une intervention est pratiquée avec l'assistance de MM. Vigouroux et Baudrie, médecins en chef, et avec l'aide de nos internes Menet et Grégoire, et de M. Bienvenu, interne de l'asile.

Incision médiane en position renversée. L'utérus gravide est reconnu. La main portée à gauche arrive sur la tumeur : celle-ci est attirée au dehors à l'aide d'une bascule légère de l'utérus. On reconnait alors une hématosalpinx à pédicule tordu (trois tours). L'ovaire est au niveau du pédicule. Ligature et section. L'opération a duré environ quatre minutes. Les suites opératoires ont été très simples : la température n'a pas dépassé 37°,3. L'état est resté excellent, et la malade n'a eu aucun vomissement. La grossesse a continué et la malade est actuellement au neuvième mois de sa grossesse. La cicatrice est très résistante. Examen de la pièce pratiqué par M. le Dr Macé, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine.

Deux coupes en deux points différents, l'une mince, l'autre plus épaisse.

Les deux coupes ne présentent aucune trace de villosité et rien qui rappelle une paroi de grossesse. L'ensemble de la préparation est formée par des couches de fibres conjonctifs élastiques, et par des amas do sang, qui dans deux des coupes forment presque toute l'épaisseur de la coupe.

Il s'agit là plutôt d'un hydrosalpinx transformé par la torsion du pédicule en hématosalpinx.

La malade a accouché récemment dans les conditions normales.

Cholécystite suppurée à forme typhoïde. Cholécystotomie. Guérison.

L..., 49 ans, alcoolisme, idées de persécution avec hallucinations de la sensibilité générale, tentative de suicide. Cette malade est envoyée dans le service d'isolement de M. le Dr Briand, à Villejuif, avec le diagnostic probable de fièvre typhoïde. Elle présente, depuis le 12 novembre, une température très élevée qui, après avoir baissé le 30 novembre, remonte depuis le 6 décembre à 40°. Il est impossible d'avoir aucun renseignement sur son état de santé antérieure. Il n'existe pas d'ictère ; à l'examen, je constate dans la région hépatique une tuméfaction très profonde et douloureuse à la pression. Sous chloroforme, il est facile de localiser cette tuméfaction dans la vésicule biliaire, je porte le diagnostic de cholécystite suppurée, et je décide d'urgence l'intervention qui est pratiquée le 11 décembre avec l'assistance de M. le Dr Briand et mes aides habituels. Incision sous-ombilicale. On tombe sur une masse au-devant de laquelle l'estomac et l'épiploon adhèrent largement. On les sépare assez facilement de la masse sous-jacente. Alors apparaît la vésicule biliaire très haut placée et profonde, très distendue par du liquide.

Dans l'impossibilité de l'aborder facilement, je pratique la résection du rebord cartilagineux du thorax. La fixation de la vésicule me paraissant encore impossible, cette dernière est ouverte, vidée du pus abondant qu'elle contient et fixée secondairement. L'exploration ne permet de constater aucun calcul.

Les suites opératoires ont été très simples : la température est tombée rapidement ; la guérison est complète le 30 décembre, sans fistule biliaire.

Grossesse extra-utérine rompue. Laparotomie. Guérison

Femme L..., service de M. le Dr Taguet (Maison-Blanche). Bon état de santé générale. Retard menstruel de quinze jours suivi d'une perte abondante, accompagnée de vomissements. A l'examen pratiqué le 28 septembre 1900, on constate que le col est ramolli et dilaté. Il existe une grosse tumeur médiane qui parait constituée par l'utérus. Le 1er octobre, la température est montée à 41°. Ecoulement sanguin abondant. Les vomissements sont réitérés. L'examen sous chloroforme démontre que la tumeur est annexielle. L'utérus est dévié à droite. M. Picqué porte le diagnostic de grossesse extra-utérine en voie de rupture.

L'opération est pratiquée d'urgence le 2 octobre dans le service de M. le Dr Febvre, médecin en chef, où la malade est transportée. Dès l'incision de la paroi, on constate que le péritoine est rempli de sang. Le décollement de la poche est extrêmement laborieux et ne peut être extraite que par fragments. Drainage

Les suites ont été très simples; vers le 19 octobre cependant, M. Febvre constate un empâtement à droite qui semble s'être développé dans la paroi. Il y a un peu de fièvre. Le 29 tout a disparu sans suppuration. L'état général de la malade est excellent. Le 15 novembre, la guérison est définitive.

Pyosalpinx. Laparotomie. Guérison.

Femme L., service de M. le Dr Taguet, maison Blanche. Bon état de santé générale. Pas de grossesse antérieure, pas d'antécédents connus de blennorrhagie. Se plaint depuis quinze jours de douleurs abdominales vives avec élévation de température. La malade est alitée. Leucorrhée peu abondante, l'examen sous chloroforme est pratiqué le 7 janvier, M. Picqué constate l'existence d'une annexite à droite très douloureuse à la pression. La température élevée les jours précédents est tombée jusqu'à la normale. Il porte le diagnostic de pyosalpinx et décide, malgré la chute de la température, l'intervention qui est pratiquée le 14 septembre dans le service de M. le Dr Febvre où la malade est transportée. A l'ouverture du péritoine, on constate à droite l'existence d'une poche purulente très adhérente qui s'ouvre avant l'énucléation complète. Mikuliez. Le 22 janvier, la réunion immédiate par première intention est constatée et la malade est définitivement guérie.

Suppuration mastoïdienne. Menace d'abcès cérébral d'origine grippale; anthro-atticotomie. Guérison.

L..., attaché au service de la pharmacie à Vaucluse, a présenté de la grippe il y a trois mois. Le 24 juillet 1900, il a présenté une douleur subite dans l'oreille; depuis il ressent des élancements dans la joue, l'oreille et la région temporale. La température est à 39,5; présente depuis trois jours un écoulement abondant par l'oreille, actuellement la mastoïde est douloureuse dans toute son étendue. Le 27 juillet, une opération est décidée et pratiquée devant les médecins de l'asile, avec mes aides habituels. L'anthro-atticotomie faite avec le protecteur de Stacke montre qu'il existe un peu de pus dans l'autre. Aussitôt l'opération, les douleurs ont complètement disparu. La température est tombée à la normale. Les pansements consécutifs si importants dans l'espèce sont pratiqués très régulièrement par l'interne de service, M. de Fontaubert. Le 29 septembre, l'orifice est complètement fermé, et le malade définitivement guéri.

L'examen attentif de ces divers cas, si différents entre eux, mais si instructifs, démontre combien il est utile que les malades soient examinés méthodiquement comme ils le sont aujourd'hui par les médecins aliénistes, au point de vue chirurgical. Ces malades présentaient tous des affections graves auxquelles ils auraient certainement succombé si le diagnostic n'avait été fait à temps par nos collègues des asiles, et si l'intervention n'avait pu être pratiquée dans des conditions d'asepsie rigoureuse; ces conditions qui ont exigé pour chaque malade des dépenses considérables de la part de l'administration, vont se trouver désormais réalisées, au pavillon de chirurgie, d'une façon plus économique, et nul doute que, grâce au pavillon de chirurgie, les malades ne puissent bénéficier dans une proportion de plus en plus considérable des ressources de la chirurgie actuelle.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les victimes d'accidents du travail et les hôpitaux.

Le devoir d'une administration hospitalière est d'assurer à tous les indigents ou nécessiteux les soins dont ils peuvent avoir besoin lorsqu'ils frappent à la porte de l'hôpital. Elle ne saurait, sans être accusée de mauvaise gestion, assurer les soins gratuits à des gens qui les peuvent payer. Et puisque la formule : l'hôpital au pauvre, n'a pas encore force de loi, la personne aisée qui bénéficie de l'hôpital devrait équitablement lui rembourser les frais que nécessite son traitement. Il suffit d'un peu de réflexion pour se rendre compte de la justesse de cette proposition, mais le bon sens n'est pas toujours la qualité maîtresse de toutes les commissions administratives, et en voici un exemple entre mille :

La loi sur les accidents du travail rend le patron responsable des soins à donner à l'ouvrier blessé. De ce fait, la victime ne peut être considérée comme indigente, puisque le patron *doit* lui assurer des soins. Or, beaucoup de patrons ou de Compagnies d'assurances sur lesquelles les premiers se déchargent, trouvent avantageux de faire entrer le blessé à l'hôpital; les frais médicaux sont ainsi supprimés, et les frais pharmaceutiques et alimentaires sont portés à un taux ridicule et peu en proportion avec la gravité des accidents qui sont traités.

Les médecins de Poitiers ont jugé que les hôpitaux de leur ville n'étaient pas destinés à se substituer aux patrons et aux Compagnies d'assurances et à les décharger des obligations de la loi. Ils ont estimé que s'ils étaient tenus de soigner gratuitement les pauvres et les hospitalisés ordinaires, ils ne devaient pas gratuitement leurs soins aux victimes des accidents du travail. M. le Dr Jablonski, président du Syndicat médical de la Vienne, se fit auprès de l'administration l'interprète des légitimes revendications du corps médical. La commission administrative des hospices de Poitiers n'a pas voulu comprendre.

« Elle estime encore, dit en propres termes sa réponse, que la loi qui impose aux patrons, et par suite aux Compagnies d'assurances, l'obligation de fournir aux ouvriers victimes d'un accident du travail les soins nécessaires, ne modifie en rien la situation de ces ouvriers; que, par suite, s'ils sont hospitalisés, ils doivent l'être comme ils l'auraient été si la loi n'existait pas; que cette loi ne fait rien autre chose que d'obliger les patrons ou les compagnies à leur assurer cette hospitalisation; que, sans doute, ils pourraient être traités à domicile, mais qu'à cela l'administration hospitalière n'a rien à voir; que du moment où ils se présentent à l'hôpital, elle ne peut imposer à eux ou à leurs répondants d'autre obligation que de payer le prix de journée ordinaire ».

Donc, pour la commission des hospices de Poitiers, la loi sur les accidents du travail reste sans portée. Les médecins et les hôpitaux doivent prendre à leur charge les obligations du patron et des assurances. Si, par exemple dans un traumatisme accidentel, une grave opération s'impose, le chirurgien sacrifiera plusieurs

heures à la pratiquer, et l'hôpital dépensera sans compter; si le blessé meurt le lendemain, après avoir occasionné 200 francs de frais environ, le patron, responsable de par la loi, s'en tirera en payant les 3 ou 4 francs de prix de journée. Singulière façon, avouons-le, de gérer le bien des pauvres ! J. Noir.

Cours de clinique des maladies des Enfants : M. le Pr Grancher.

La première leçon a eu lieu le 20 mars, à 4 heures, à l'hôpital des Enfants-Malades. Le professeur a l'intention de s'occuper de la tuberculose. Cette affection est de plus en plus à l'ordre du jour, on s'en préoccupe dans toutes les Sociétés savantes, on multiplie les moyens prophylactiques destinés à l'enrayer ; malgré tout il y a des notions capitales à connaître et dont il faut se souvenir, autrement la curabilité de la tuberculose est impossible. M. Grancher, dont les travaux antérieurs ont jeté une lumière si vive sur la nature de la maladie, peut en parler savamment. Il déclare qu'il n'a rien à modifier à cette assertion première qu'on a si souvent répétée et si souvent dénaturée. « La tuberculose est la plus curable des maladies chroniques ». Il insiste sur l'épithète de chronique, dont la suppression est la cause d'erreurs, et de confusions qu'on met d'ailleurs à son actif. Pour être curable, la tuberculose doit être diagnostiquée d'une façon précoce, car c'est au début seulement que la thérapeutique sera victorieuse de la maladie. Il faut se souvenir des conditions qui interviennent et influencent la guérison ou la non guérison : le terrain, l'infection d'un côté, le médecin et la volonté du malade de l'autre. Le devoir du médecin est, en premier lieu, de faire dès le début un diagnostic certain. Comment y arriver ? Les moyens scientifiques (tuberculine, chimisme respiratoire, radiographie, recherche des bacilles) sont excellents, les signes de présomption ont une valeur incontestable. Mais au praticien isolé, n'ayant pas de laboratoire à sa portée, il faut un signe simple, il est donné par l'auscultation. M. Grancher, revenant sur ses travaux, montre, d'après l'anatomie pathologique, que les troubles respiratoires à la période de germination, qu'il a créée et qu'il maintient plus que jamais, sont uniquement inspiratoires. Il déplore en terminant qu'un manuel, aussi lu et aussi répandu que celui de M. Dieulafoy, ne fasse pas mention de cette période de germination qu'il croyait cependant admise partout. On n'en parle même pas ! Il le constate sans l'apprécier. En tout cas, il va l'enseigner de nouveau, et il commence la démonstration en présentant un jeune homme que lui ont amené les hasards de sa consultation.

Il est inutile de rappeler les brillantes qualités du professeur des Enfants-Malades. Son enseignement clair, précis, pratique, fera heureusement oublier l'heure incommode à laquelle il a lieu.

École de médecine et de pharmacie de Reims. — Un concours s'ouvrira le 28 octobre 1901, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, pour l'emploi de chef des travaux chimique à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Double asphyxie dans un hopital. — Un jeune enfant, qui avait été opéré dans la journée à l'hôpital de Laval, était gardé, l'avant-dernière nuit, par une convalescente, amie de la famille, qui s'était proposée pour ce service. Elle s'installa avec le petit malade dans une chambre. La pièce était éclairée par un bec de gaz sur la tige duquel existait un second tuyau muni d'un robinet. Or, ce second robinet, resté ouvert par mégarde, a permis au gaz de s'échapper, causant ainsi la mort de l'enfant et de sa garde-malade. (*Le Temps* 8 mars 1901.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 mars 1901.

Contribution à l'étude psycho-physiologique des actes vitaux en l'absence totale du cerveau chez un enfant.

MM. Vaschide et Vurpas ont eu l'occasion de faire quelques observations sur un anencéphale venu au monde dix mois après la conception, et ayant vécu trente-neuf heures. Comme le montra ultérieurement l'autopsie, le cervelet et les hémisphères manquaient totalement ; l'encéphale se réduisait au bulbe et à la protubérance, mais cette dernière était dépourvue de fibres arciformes; les pédoncules cérébelleux faisaient également défaut.

Les principaux phénomènes que les auteurs purent constater chez ce monstre consistaient en abaissement de la température (28° dans le rectum), en respiration du type Cheyne-Stokes, en tachycardie (138 pulsations à la minute), en cyanose des téguments, en manifestations spasmodiques (contracture des membres, exagération des réflexes tendineux, réaction idio-musculaire). La sensibilité générale était conservée, comme en témoignaient des mouvements de retrait quand on pinçait ou chatouillait les téguments; par contre, les sons, la lumière, les saveurs et les odeurs ne semblaient pas perçues.

Vingt heures après la naissance, cet enfant eut des attaques d'épilepsie jacksonienne qui, débutant par le bras gauche, se généralisaient bientôt et se terminaient par une émission d'urine. La mort survint au milieu de troubles dyspnéiques et de phénomènes de suffocation.

Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 mars 1901. — Présidence de M. Netter.

Transformations du scolex en kystes échinococciques.

M. Dévé. — Dans des expériences antérieures, l'auteur a obtenu la production de kystes échinococciques par l'inoculation au lapin d'un mélange de vésicules proligères et de scolex. Les scolex inoculés seuls ont donné lieu à des kystes, qui présentaient sur un point très limité des crochets situés dans la couche granuleuse à la face interne de la cuticule feuilletée ; il y avait 30 à 40 crochets, nombre normal des crochets du scolex ; et dans un cas, au 41e jour, plusieurs scolex à des points variables de métamorphose kystique purent être observés. Ces faits démontrent qu'un scolex peut se transformer en kyste échinococcique ; au contraire les vésicules proligères n'ont jamais été observés en transformation kystique.

Capsules surrénales, résistance à quelques infections expérimentales.

M. Oppenheim. — L'inoculation de cultures et de toxines microbiennes (diphtérie, charbon, tétanos, pneumobacille), à des cobayes auxquels on a extirpé une capsule surrénale, permet de constater une résistance plus grande que chez les animaux inoculés sans opération préalable. Pour la diphtérie, les animaux témoins ont succombé en 46 heures : les cobayes décapsulés ont résisté 60 heures. Pour expliquer l'augmentation de résistance déterminée par l'ablation d'une capsule, il faut tenir compte de l'hypertrophie de la glande qui subsiste et qui parfois dépasse le double de l'une des glandes. Au microscope, outre les lésions et l'infection, on note une hypertrophie des trabécules corticaux avec augmentation de volume des cellules et noyaux en karyokinèse. La capsule hypertrophiée est en suractivité fonctionnelle, d'où peut être sécrétion d'un extrait plus actif qu'augmente la résistance de l'animal à l'infection.

Lésions des capsules surrénales dans quelques infections expérimentales.

MM. OPPENHEIM et LOEPER. — Les capsules surrénales des animaux étudiés précédemment ont montré les lésions suivantes : Dans la diphtérie, augmentation considérable du volume des capsules, rouges et congestionnées, au microscope. lésions hémorragiques diapédétiques et cellulaires ; ces dernières allant de la fonte des contours cellulaires à la nécrobiose sur un territoire variable. Les lésions sont plus accentuées chez le cobaye ayant subi l'extirpation d'une glande que chez les autres ; elles sont plus marquées, dans les infections très virulentes, que lorsque la survie a été prolongée. Dans le tétanos, les lésions sont moins importantes et réduites à une congestion plus ou moins forte du centre de la capsule. Dans la pneumobacillose il y a des plaies centrales assez considérables avec dislocation des trabécules.

Névrites expérimentales.

M. DOPTER. — Du sérum d'urémique septique porté sur le nerf sciatique d'un cobaye, jamais l'injection de sérum normal inoculé dans l'autre cuisse, n'a provoqué de lésions nerveuses ; les cobayes expérimentés ont donné chez tous le sciatique altéré en dégénérescence wallérienne, d'autant plus accusée que les cobayes sont sacrifiés plus tardivement, ou qu'ils avaient reçu plus d'injections. Les paralysies urémiques de type cérébral peuvent être expliquées par ces altérations nerveuses cérébrales ou médullaires. Les paralysies périphériques peuvent peut-être être expliquées ainsi. En clinique humaine, le nerf est constamment baigné par les poisons en circulation dans les capillaires.

Associations parasitaires.

M. GUIART. — Les trichocéphales et les ascarides ne jouent pas un rôle prépondérant dans l'étiologie de l'appendicite. Ils agissent en inoculant sous la muqueuse les bactéries pathogènes contenues dans les matières fécales et que l'épithelium empêche de s'inoculer. Ils jouent donc dans l'appendicite le même rôle que la fièvre typhoïde ou la dysenterie.

M. LETULLE fait remarquer que sur 200 cas d'appendicite opérée qu'il a examinés anatomiquement, il n'a trouvé les helminthes que deux fois.

Système nerveux central et inanition.

MM. VURPAS et MARCHAND. — Les animaux soumis à l'inanition montrent les cellules motrices de la moelle sous trois aspects : 1° diminution des chromophiles qui prennent mal la coloration ; 2° diminution du volume des cellules, contours moins nets et crénelés, coloration diffuse du protoplasma, excentriques à côté du noyau : 3° cellules ratatinées, avec des vacuoles, granulations disparues : noyau atrophié. Vaisseaux dilatés et gorgés de sang, sans diapédèse. Névroglie normale. Cervelet intact.

E.-P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 mars 1901.

L'anesthésie par les injections intrarachidiennes de cocaïne.

M. RECLUS, dans un rapport très documenté, montre que cette méthode : 1° peut offrir des dangers sérieux (huit décès en moins de 2.000 injections) ; 2° n'assure pas toujours une anesthésie suffisante. Elle doit donc être accueillie avec une entière réserve.

La prédisposition à la tuberculose.

MM. A. ROBIN et BINET montrent l'importance de la déminéralisation et de l'augmentation des échanges gazeux respiratoires comme signes de prédisposition à la tuberculose. Cette augmentation colossale existe d'ailleurs, non seulement au début, où elle peut constituer un signe de diagnostic différentiel important, mais à toutes les périodes et dans toutes les formes de la phtisie. En se reportant aux nombreux tableaux de MM. A. Robin et Binet on voit que le *chimisme respiratoire des tuberculeux* a un type spécial qui porte sur la capacité respiratoire, les proportions centésimales des gaz échangés dans l'air expiré, la ventilation, les volumes de l'acide carbonique exhalé, de l'oxygène consommé ou fixé par les tissus dans un temps déterminé et par rapport au poids du sujet. Dans les états antagonistes de la phtisie, comme l'*arthritisme*, les échanges respiratoires sont, en moyenne, au-dessous de la normale. Voilà un fait très important qui donne la clef de cet antagonisme que tous les cliniciens, après Pidoux. élèvent à la hauteur d'une loi pathologique. Il en est de même dans la *scrofule*, ce terrain où ne germent guère que des tuberculoses locales. A côté la contagion, le terrain joue donc un rôle considérable dans la tuberculose. C'est presque la donnée d'Hippocrate. « La phtisie est une consomption. » La prophylaxie de la tuberlose pulmonaire n'est pas tout entière dans les mesures privées et publiques prises contre l'agent de la contagion. Si l'on peut reconnaître à l'avance les sujets qui sont prédisposés, il ne suffit pas d'écarter le bacille de leur route, il faut les soumettre aussitôt à une hygiène et à une thérapeutique capables de modifier le trouble fonctionnel et nutritif qui est la condition nécessaire du développement du bacille. La tuberculose pulmonaire ne sera réellement évitable que si l'on peut faire le diagnostic de la prédisposition, et si l'on rend l'organisme des prédisposés réfractaire au germe de la maladie.

Un monstre xiphopage.

M. CHAPOT PRÉVOST (de Rio-de-Janeiro) qui a opéré récemment un cas de ce genre avec succès, présente un nouveau cas observé sur deux jeunes Chinois. L'opération fut malheureusement refusée.

L'appendicite.

M. BARETTE présente une observation d'appendicite avec ictère grave. Voici ses conclusions : 1° Dans une attaque d'appendicite, même en apparence des plus bénignes, il faut se tenir en garde et agir au plus vite chirurgicalement, car on ne peut prévoir ce qui peut arriver. 2° L'emploi de l'opium est dangereux dans ces cas ; en supprimant la douleur et la défense musculaire, il peut induire en erreur, dans l'appréciation des symptômes locaux. Il agit, de plus, en immobilisant l'intestin et en favorisant la stagnation et la multiplication des éléments infectieux. 3° Les laxatifs légers sont très utiles car ils diminuent les toxines intestinales et combattent l'infection.

Elections.

M. JOFFROY est élu membre de la section de Pathologie médicale, à la belle majorité de 65 voix sur 71 votants. Toute la rédaction du *Progrès médical* lui adresse ses plus vives félicitations. A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 mars 1901. — PRESIDENCE DE M. JOFFROY.

Étude histologique du liquide céphalo-rachidien durant l'évolution d'une zona thoracique.

MM. BRISSAUD et SICARD ont fait des recherches sur les éléments figurés du liquide céphalo-rachidien dans deux cas de zona thoracique à disposition métamérique. Ils ont constaté la présence de nombreux lymphocytes et à côté des cellules mononucléaires plus grandes se colorant plus ou moins facilement et fréquemment réunies deux par deux sans cependant être ordinairement soudées entre elles. Ces constatations peuvent être intéressantes pour faire le diagnostic du zona central et du zona périphérique.

Microbes du liquide céphalo-rachidien dans le zona.

M. ACHARD a examiné le liquide céphalo-rachidien dans le zona, il y a trouvé deux fois un bacille analogue comme aspect

au colibacille. Cette constation vient à l'appui de l'origine centrale du zona, au moins dans un grand nombre de cas. Cela ne veut aucunement dire que ce microbe doit toujours être le même.

Ostéo-arthropathie et cirrhose hypertrophique biliaire.

M. PARMENTIER et M. CASTAIGNE font part de l'observation d'un malade atteint de troubles ostéo-arthropatiques consécutifs à de la cirrhose hypertrophique. Ce malade, atteint de troubles gastro-intestinaux, présenta de l'ictère et des douleurs articulaires. On constate de l'hypertrophie splénique et hépatique. Les selles sont parfois complètement décolorées. Rien au poumon. Pas de lésion organique du cœur, aucun trouble fonctionnel du rein. Le malade n'est pas un infantile. En dehors des poussées articulaires, les doigts et les orteils présentent le type hippocratique. Les poignets et les cous-de-pied sont augmentés de volume, il en est de même au genou. Au moment des poussées, il y a un léger épanchement dans les synoviales articulaires. Le liquide retiré à la ponction et ensemencé donne un résultat négatif. La cirrhose hypertrophique biliaire dont ce malade est atteint, semble être la cause des troubles trophiques constatés chez le malade. Quel est le mécanisme de cette ostéo-arthropathie? la question semble beaucoup plus difficile à résoudre.

M. P. MARIE connaît un assez grand nombre de cas d'ostéo-arthropathies coïncidant avec l'hypertrophie du foie, mais dans certains cas, c'est une altération du poumon qui cause ces troubles. Il ne nie pas que le foie altéré ne puisse jouer un rôle pathogénique, mais, dans un cas de M. Florand, les troubles ostéo-arthropathiques attribués au foie coexistaient avec des altérations pulmonaires.

M. BÉCLERE, à ce propos, montre des radiographies de doigts hippocratiques qui ne permettent pas de constater des troubles trophiques. M. Béclère rappelle que depuis longtemps on a constaté que le doigt hippocratique n'est dû qu'à une altération des parties molles. M. Marie a attribué le doigt hippocratique à l'intoxication. Dans un cas où il ne pouvait y avoir intoxication puisque les doigts hippocratiques n'existaient que d'un seul côté, M. Béclère a constaté un anévrisme de la sous-clavière du même côté. Il pense que ce doigt hippocratique est causé par le trouble de la circulation du sang.

M. MARIE croit qu'il existe deux sortes de doigts hippocratiques, les uns sont le fait de la cyanose congénitale ou de troubles circulatoires; les autres se manifestent dans les affections broncho-pulmonaires avec expectoration ou suppuration. La déformation n'est pas toujours dans les bronchites chroniques comme chez les phtisiques, c'est plutôt une forme qu'il désigne sous le nom de doigt en verre de montre. Dans ces cas il y a des altérations osseuses.

Des hémorragies dans l'ictère acholurique.

MM. GILBERT et P. LEREBOULLET ont été frappés de la fréquence des hémorragies au cours de l'état morbide remarquablement commun qu'ils ont décrit sous le nom d'*ictère acholurique simple*. Bon nombre d'hémorragies, jadis classées sous la rubrique « hémorragies essentielles » (épistaxis de croissance, ménorragies, etc.) sont en réalité souvent sous la dépendance de l'ictère acholurique. Au cours de celui-ci, ils ont observé également des hémorragies intestinales, du purpura, etc... L'ictère acholurique leur paraît donc créer une prédisposition manifeste aux hémorragies de divers ordres. Parfois ces hémorragies dominent le tableau clinique et semblent constituer toute la maladie (*ictère acholurique hémorragipare*); certains des cas désignés sous le nom de chlorose ménorragique paraissent rentrer en réalité dans ce groupe; d'autres fois les hémorragies associées aux autres symptômes de l'ictère acholurique (troubles nerveux, troubles dyspeptiques, urticaire, douleurs articulaires, etc...) n'interviennent qu'à titre d'élément secondaire. Au point de vue pathogénique, ces hémorragies paraissent liées étroitement à la cholémie chronique légère qui constitue la caractéristique fondamentale de l'ictère acholurique. C'est la seule cause qui apparaisse ici nettement et l'on voit en général les hémorragies cesser en même temps que la cholémie disparaît ou s'atténue, comme le prouve l'examen du sérum. C'est d'ailleurs la cholémie qui semble également sinon le seul facteur, du moins le facteur essentiel dans les hémorragies qui s'observent au cours des diverses maladies du foie. Mais en général, ici comme ailleurs, la cholémie ne suffit pas et l'on ne voit dans l'ictère acholurique (indépendamment des conditions individuelles) les hémorragies ne survenir que lors d'une cause occasionnelle, physiologique (ménorragies) ou accidentelle. Le traitement de ces hémorragies dans l'ictère acholurique doit être basé sur cette notion pathogénique, car c'est en cherchant à agir sur la cholémie, plus que directement sur les hémorragies, par le régime lacto-végétarien notamment, que l'on voit rapidement la cholémie, l'imprégnation jaunâtre des téguments et les hémorragies s'amender parallèlement. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 mars 1901. — PRÉSIDENCE DE M. RECLUS.

Traitement des cancers du rectum.

M. CHAPUT présente une série de 10 cas de cancers du rectum, sur lesquels il a obtenu 8 succès opératoires et 2 morts. M. Chaput fait souvent l'anus sacré qui lui paraît avantageux à bien des points de vue, à l'anus iliaque. La voie sacrée, d'autre part, présente cet avantage qu'on fait l'ablation du rectum sans perte aucune de sang et sans besoin d'hémostase; la voie abdomino-périnéale est un procédé d'exception et n'est applicable qu'aux cancers placés très haut.

Résection primitive dans les écrasements osseux.

M. PICQUÉ fait un rapport sur un malade opéré pour un coup de feu de la diaphyse humérale, par la résection diaphysaire.

M. NELATON a vu le malade de M. Picqué; le résultat lui paraît excellent, mais il lui semble que la résection a intéressé un fragment d'os absolument sain qu'on aurait pu laisser.

M. LEJARS est également opposé aux résections primitives; dans deux cas d'écrasement de l'humérus où M. Lejars avait pratiqué, quelques jours après l'accident, une résection primitive, le résultat fut mauvais et il dut intervenir plusieurs fois; il faut se méfier de la régularisation primitive et préférer l'expectation et une restauration ultérieure dans un foyer qui s'est un peu régularisé spontanément.

De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

M. RICARD divise les infections puerpérales en deux catégories : une première, où il y a nettement une lésion locale et l'intervention est nettement indiquée, d'après tout le monde; la deuxième catégorie concerne les cas généralisés d'emblée, la vraie infection puerpérale; en ce cas les indications opératoires sont extrêmement difficiles, sinon impossibles à poser; les statistiques totales de nos maternités nous montrent que le pouls et la température sont loin d'être des indications précises; 851 malades ont présenté 40° de T. et au-dessus avec une mortalité qui oscille autour de 10 0/0; or il s'agit là d'infection grave et l'on voit que la température n'est pas une indication opératoire formelle; dans tous ces cas d'ailleurs le pouls a été parallèle à la température. Quand il y a dissociation du pouls et de la température, il est trop tard pour intervenir. L'état général n'est jamais une indication précise et plusieurs exemples lui ont montré qu'il est extrêmement trompeur. L'examen du sang ne donne rien, car on ne trouve les streptocoques qu'à la période agonique. Il n'y a donc aucune indication opératoire, actuellement, permettant d'intervenir dans l'infection puerpérale.

M. REYNIER fait observer qu'il faut tenir compte de l'origine bactériologique de l'infection, suivant qu'il s'agit du streptocoque, du gonocoque ou des saprophytes; s'agit-il de ces derniers, le curettage suffira souvent; s'agit-il du gonocoque, ce sont les lavages qu'il faudra préférer; enfin, dans l'infection streptococcique, l'intervention est le plus souvent fatale.

M. SEGOND constate d'abord qu'il ne s'agit que des cas dans lesquels la femme, qui vient d'accoucher, présente de l'infection puerpérale grave et pour ces cas il est absolument de l'avis de M. Ricard; depuis dix ans, alors qu'il pratique toutes les

interventions chirurgicales à Baudelocque, jamais il n'a eu l'occasion d'intervenir pour infection puerpérale.

M. TUFFIER déclare qu'il ne s'agit que des malades pour lesquels l'accoucheur vient nous trouver, disant qu'il n'y avait plus rien à faire ; ou, dans ces cas, il est d'avis qu'il faut intervenir. — M. ROCHARD s'associe aux paroles de M. Tuffier.

SCHWARTZ.

Séance du 20 mars 1901. — PRÉSIDENCE DE M. RECLUS.

M. NIMIER, à l'occasion de l'observation de M. Picqué au sujet des résections primitives dans les traumatismes des diaphyses, montre, en donnant des radiographies à l'appui, combien la méthode conservatrice donne des résultats infiniment supérieurs, alors même qu'il y a fracture comminutive.

M. LEJSON est absolument de l'avis de M. Nimier, et montre de nouveaux faits pour soutenir cette thèse ; une des conditions essentielles de la réussite est l'immobilisation rigoureuse du membre.

Grossesse extra-utérine gémellaire.

M. POTHERAT lit un rapport sur une communication de M. Fontoynon (de Tananarive) ; il s'agit, dans son observation, de grossesse extra-utérine gémellaire, se manifestant au cinquième mois par une hémorragie extrêmement grave et des phénomènes infectieux ; M. Fontoynon ayant fait le diagnostic du phlegmon péri-utérin, fait une colpotomie, mais la situation étant trop grave, on attend vingt-quatre heures, et le lendemain, M. Fontoynon fait une laparotomie et constate la présence d'un fœtus ; il enlève ce qu'il peut et met un tamponnement; c'est en enlevant le tamponnement qu'il constate le deuxième fœtus ; fait intéressant, le premier fœtus était blanc et le deuxième noir ; la malade est morte de tuberculose. M. Potherat pense qu'un des fœtus devait être prodablement intra-utérin, et le deuxième ectopique, fait qui existe, tandis que la grossesse ectopique gémellaire n'a pas encore, à sa connaissance du moins, été vue.

Une deuxième observation a trait à des calculs vésicaux chez un enfant ; ces calculs vésicaux sont extrêmement fréquents à Madagascar, particulièrement chez les enfants du sexe masculin.

Corps étranger des bronches.

M. RICARD lit une observation concernant la présence d'une canule tombée dans la bronche droite ; ayant essayé d'abord, sans le chloroforme, de la retirer par l'orifice trachéal, mais vainement, il réséqua la partie supérieure du sternum, pénétrant dans le médiastin intérieur, mais sans trouver le corps étranger ; la malade succomba quelques jours après à la gangrène pulmonaire. M. Ricard a fait une incision, partant de l'articulation sterno-claviculaire gauche, rejoignant celle du côté opposé, descendant perpendiculairement, jusqu'à la troisième côte puis enfin horizontalement croisant le sternum pour rejoindre le côté gauche, désarticulation de la clavieule ; résection d'un lambeau choridro-sternal, sans la moindre hémorragie. Ecartement du cul-de-sac pleuro-pulmonaire droit; à ce moment M. Ricard fut beaucoup gêné par une véritable locomotion de l'Aorte. Derrière l'Aorte rétractée, M. Ricard arriva facilement sur la trachée et la bronche droite ; la bronche gauche est impossible à voir. L'autopsie a montré, ce que le palper n'avait nullement permis de constater, que la canule était bien dans la bronche droite ; il faut donc ouvrir la trachée d'emblée si on veut trouver un corps étranger dans son intérieur.

Comme conclusion, M. Ricard pense qu'on peut aborder assez facilement la voie médiastinale antérieure et que cette voie est appelée à rendre des services.

M. MONOD pense que la voie est recommandable pour des tumeurs, mais pour des corps étrangers il est impossible d'éviter les phénomènes infectieux graves. SCHWARTZ.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin principal de 1re classe Viry, directeur du service de santé du [illegible]ème corps d'armée, est promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire (organisation).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 mars 1901. — PRÉSIDENCE DE M. BENI-BARDE.

La séance est ouverte à 4 h. 35. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. le Secrétaire général fait observer que la Société n'a pris aucune décision relativement à la demande du Dr Samuel Bernheim, désirant expliquer à la Société le fonctionnement des vingt dispensaires pour tuberculeux qu'il veut créer à Paris.

M. GRASSET se déclare absolument opposé à cette demande qu'il considère comme une tentative de réclame sous les auspices de la Société de Médecine de Paris. Nous ne pouvons donner notre estampille à ces coups de grosse caisse. M. Grasset monte ensuite à la tribune et donne les explications suivantes:

« Je voudrais dire un mot des dispensaires tuberculeux, dont on parle tant ces jours-ci, et combattre cette initiative dangereuse qui se cache sous des dehors de philanthropie. On veut établir, dans tous les arrondissements de Paris et dans la banlieue, des dispensaires où seraient soignés les tuberculeux pauvres, où on leur distribuerait des secours à domicile, d'où on les surveillerait dans leur intimité, d'où on désignerait ceux à envoyer dans les sanatoriums populaires. Les principes sont des plus beaux, il s'agit de savoir si l'institution est nécessaire. Je dis non ; les pauvres sont soignés à domicile tout aussi bien par les médecins du bureau de bienfaisance qu'ils pourraient l'être par les médecins du dispensaire, ils seront reconnus tout aussi bien, par eux, aptes à être envoyés dans un sanatorium; de plus, ils ont encore les consultations des hôpitaux. Pour connaître les misères, les Sociétés de bienfaisance n'ont pas besoin de dispensaires avec médecins spéciaux, elles n'ont qu'à s'adresser à tous les praticiens qui se feront un plaisir de diriger leurs investigations, et qui sauront tout aussi bien recommander la propreté. Les auteurs de cette campagne, après avoir anciennement battu la réclame pour l'hospitalisation forcée des tuberculeux, viennent maintenant nous dire que la séquestration est impossible, que le sanatorium c'est la prison, que l'éloignement de la famille est impossible à faire entrer dans les mœurs, etc. C'est très bien, mais comme dit l'*Echo médical de Lyon* (15 mars 1901), ce n'est pas une raison pour crier contre le principe de la cure hygiéno-diététique. Ce n'est pas dans les dispensaires de la ville qu'il sera établi, et les médecins spécialement attachés à ces établissements, ne seront pas plus aptes que les autres à le faire observer à domicile. Cette institution des dispensaires est complétement inutile.

« Le véritable but, c'est de créer des petits centres de réclame pour certains médecins, probablement désignés d'avance; réclame destinée à les mettre en relief comme grands phtisiologues, d'autant qu'on annonce pompeusement que les médecins de la ville pourront y être éduqués par les médecins du dispensaire, qui se placent ainsi de suite au-dessus des autres. A grands coups de caisse, on attirera l'argent du public naïf, on créera une petite administration, de bonnes places bien payées en argent ou en décorations ou en promesses décoratives; les médecins initiés et choisis, bien posés en vedette, verront fleurir leur boutonnière et affluer la clientèle au détriment des modestes confrères. Nous avons déjà des exemples de ces œuvres antituberculeuses qui ont des palais à Paris, des administrations grassement rétribuées, et dont les millions servent à entretenir surtout les affiliés et un peu quelques malades dans des établissements spéciaux où, lorsqu'une visite présidentielle est annoncée, on raccole des figurants d'occasion pour en augmenter l'importance.

« Mais il y a un danger pour les praticiens ordinaires. Les tuberculeux pauvres qui se dirigent plus facilement vers l'hôpital, ne seront pas les seuls à aller au dispensaire; il en sera comme pour tout, les petits boutiquiers et commerçants, qui n'ont plus peur d'exploiter l'assistance publique, n'auront aucun scrupule à s'adresser aux dispensaires, et ceux-ci, pour prouver l'utilité et l'importance de l'œuvre, n'auront garde de les repousser, ils leur accorderont tout au moins les soins gratuits. C'est le médecin de quartier qui paiera les pots cassés, en perdant une partie de la clientèle qui peut le payer et est une de ses principales ressources.

« La médecine est, de toutes les professions, la seule qui abandonne fatalement et volontairement au pauvre une partie de son labeur; jamais on ne voit un boucher, un boulanger, un épicier, fournir gratuitement sa marchandise au malheureux, le médecin le fait toujours, et, pour lui, sa marchandise c'est son temps et sa santé. Il est donc juste qu'il ne se laisse pas enlever ceux qui peuvent le rémunérer, et qu'il s'élève contre toutes les tentatives d'exploitation. C'est pourquoi je dis: médecins méfiez-vous des dispensaires pour tuberculeux, ils ne répondent à aucun besoin, si ce n'est d'accaparer la notoriété publique. »

La demande de M. Bernheim n'est pas prise en considération.

M. Buret. — Je désirerais dire quelques mots à l'occasion du procès-verbal. M. Jullien, dans la dernière séance, nous a présenté deux brochures, dont l'une est bien suggestive: vous vous rappelez qu'il s'agit de deux cas de syphilis d'emblée, sans accident initial. Il est certain que la publication de ces deux cas amènera des controverses. On invoquera le chancre larvé, l'*inconspicuum ulcus* de Paul d'Egine (VIe siècle), pris dans un contact antérieur, pas forcément chirurgical; car les deux confrères, ayant vu évoluer leur roséole, l'un après vingt-six jours, l'autre au bout d'un mois, l'infection, dans l'hypothèse d'un chancre initial, aurait dû avoir lieu 70 jours avant, en moyenne, c'est-à-dire six semaines plus tôt que l'opération incriminée. Ricord n'ayant jamais admis la syphilis d'emblée, tenez pour certain que l'enseignement officiel ne voudra jamais l'admettre, rien que pour cela. Et pourtant, il était loin d'être infaillible: nous savons tous qu'il a professé pendant douze ans que les plaques muqueuses n'étaient pas contagieuses; et, s'il n'avait pas changé d'avis, on le professerait peut-être encore. Cette erreur a dû être, à elle seule, la cause d'un nombre respectable de contagions.

Puisque nous sommes amené à parlé du *magister dixit*, permettez-moi de vous rapporter une anecdote peu connue et que je tiens de la bouche d'un des acteurs de la scène en question. Un agrégé, qui n'était pas encore académicien à cette époque, causait un jour devant l'Académie de Médecine avec un confrère, et lui parlait de la fièvre syphilitique qu'il avait observée. Un académicien l'interrompit aussitôt: « La fièvre syphilitique! qu'est-ce que c'est que ça? *mais Ricord n'en a jamais parlé!* » Or, à quelque temps de là, ce même académicien faisait une leçon sur la fièvre syphilitique et la publiait: vous essaieriez vainement à l'heure actuelle de faire croire qu'il ne l'a pas inventée. Comme ces deux académiciens sont encore vivants et se disputent toujours la priorité sur l'invention de la fièvre syphilitique, nous allons les mettre tous les deux d'accord: ils ne l'ont trouvée ni l'un ni l'autre, ou alors c'était une reprise. La priorité revient à un chevalier allemand, qui n'était pas médecin, mais n'en fut pas moins un syphiligraphe estimé, historien de sa propre maladie: vous avez tous reconnu à ce signalement Ulrich de Hutten, qui écrivit en 1519 son traité *De morbo Gallico*. Vous me direz que l'écrivain de Mayence aurait pu envoyer un pli cacheté à l'Académie pour prendre date: il n'y a à cela qu'une petite difficulté, c'est qu'au commencement du XVIe siècle, l'Académie Royale de Médecine n'était pas encore fondée.

Quant à la syphilis d'emblée, qui a été admise par différents auteurs, comment l'expliquerons-nous dans les deux cas bien remarquables rapportés par M. Jullien. Comment pourrons-nous comprendre qu'une aiguille, à suture ou autre, imprégnée de sang syphilitique, puisse transfuser en quelque sorte la vérole sans accident local, ainsi que cela se passe d'ordinaire. Je vous proposerai, sauf discussion, l'explication suivante. Vous vous souvenez que la blessure accidentelle des deux chirurgiens fut *profonde*. Or, il me semble que ce simple mot nous donne la clef du problème. Dans les piqûres superficielles, le virus ou le sang contaminé, selon le cas, est déposé sous l'épiderme, où il s'inocule lentement, car la plaie saigne peu ou pas du tout. Tout se passe comme dans la vaccine ou la contagion génitale: absorption par les lymphatiques. Tandis que, dans les deux cas rapportés par notre confrère, l'aiguille a fait une échappée, est entrée dans les tissus comme un poinçon, et à une profondeur suffisante pour se trouver en contact immédiat avec des vaisseaux sanguins d'un certain calibre. Les deux plaies ont saigné abondamment: cette circonstance a été suffisante pour laver les bords de cette plaie et empêcher l'inoculation proprement dite. Mais qui nous prouve que l'aiguille, dans les deux cas, n'a pas tranché outre les capillaires, de petites veinules, vaisseaux très capables d'absorber directement quelques-uns des globules sanguins de l'opérée? Cette femme était manifestement syphilitique, puisque la roséole a éclaté chez elle huit jours plus tard. Ces globules devaient certainement contenir un ou plusieurs de ces microbes de la syphilis, qu'on viendra peut-être bien un jour vous montrer dans cette enceinte. Il se sera passé là un phénomène analogue à celui de l'infection de l'enfant par la mère, et réciproquement, par simple échange de globules sanguins, puisque la circulation est commune. Or, vous admettez très bien, dans ces cas, l'absence de chancre initial: chez la mère infectée par le fœtus, de même que chez l'hérédo-syphilitique, les accidents commencent par la seconde phase. Il me semble que ce mécanisme très simple, peut-être une vue de l'esprit, expliquerait bien la syphilis d'emblée dans les deux cas en question; je vous soumets mon hypothèse, qui me paraît séduisante, je l'avoue, mais je ne l'impose pas. Je serais très heureux, notamment, que M. Jullien voulût bien prendre la parole et nous donner son avis personnel sur cette intéressante question.

M. Jullien. — Je viens d'écouter avec le plus grand intérêt les développements de notre cher secrétaire général. Ils prouvent que nous sommes d'accord, et il ne pouvait pas en être autrement.

Oui, dans ces cas, l'inoculation s'est faite directement dans l'intimité de l'organisme, dans le torrent sanguin lui-même; c'est ce que nous appelons la syphilis d'emblée, autrement dit la suppression du rôle des lymphatiques, et voilà pourquoi l'incubation a été courte, de 30 jours au lieu de 67 en moyenne, ou plutôt une des deux incubations a été supprimée, puisque dans les cas ordinaires nous devons attendre: 1° celle du chancre cutané ou muqueux, 25 jours en moyenne; 2° celle des accidents secondaires, 42 jours dans la grande majorité des cas.

Les barrières lymphatiques ayant été tournées, la contamination générale a été prompte et sévère. On ne peut pas ne pas rappeler à ce propos l'observation faite par Augagneur, et d'après laquelle la gravité des infections serait en rapport avec la faible imprégnation du système lymphatique. Les cliniciens ne se sont pas encore unanimement prononcés en faveur de cette proposition, mais on ne peut lui refuser un caractère de grande probabilité scientifique, et les faits que nous avons exposés la corroborent indiscutablement.

D'autre part, nous savons que la brièveté de l'incubation est d'un mauvais pronostic en pathologie spéciale; la plupart des syphilis graves brûlent les étapes, et l'on voit les éruptions envahir le tégument deux ou trois semaines après l'apparition du chancre quand nous sommes habitués à en attendre six pour les infections de gravité moyenne. Il est probable qu'en pareil cas c'est encore le système ganglionnaire qui est en défaut et qui fonctionne mal. Voilà pourquoi la syphilis acquise est si bénigne chez les enfants dont l'appareil lymphatique est fort développé, si grave au contraire chez certains vieillards où il semble comme atrophié et revenu à l'état rudimentaire.

Il y a quelque vingt ans, un savant de la plus haute valeur qui devait plus tard enseigner brillamment la syphiligraphie à Genève, M. Oltramare, étudia, au seul point de vue théorique, la supposition du virus syphilitique directement introduit dans le système circulatoire sanguin. Il se plaisait à ratiociner sur ce qui semblait irréalisable, et je reconnaissais là le sujet de conversations familières aux élèves de l'école de Lyon. Nous étions alors pénétrés des belles leçons de Gailleton ou de Dron, à l'antiquaille, émus des discussions de la *Société des sciences médicales*, où la vérole et ses origines étaient sans cesse sur le tapis, avec des orateurs comme Diday, Rollet, Horand, Icard. Et cette pensée revenait souvent: supposons que le virus soit introduit dans l'organisme, sans que le tégument soit contaminé, porté par exemple dans une veine par la seringue Pravaz, disait Jean Guilland, le chancre n'aurait pas lieu, et qu'adviendrait-il? Et si la parcelle virulente était déposée sur le bout du doigt, et le doigt coupé 8 jours plus tard? intervenait le cher Albert Morice, que la mort devait si tôt nous ravir. Pourquoi chercher, disait un autre, qui était

peut-être bien Cordier, quand nous voyons le fœtus ou la mère s'infecter par la communauté des circulations quand l'un est souillé. Et c'étaient en d'interminables dialogues le passé, le présent et l'avenir de la syphilis ; les certitudes, les probabilités, les rêves, comme eut dit Renan.

En 1894, Verchère a soutenu au Congrès de Rome l'idée de la syphilis sans chancre. Cette hypothèse ébranlait terriblement l'édifice de Ricord, et elle rencontra d'unanimes contradicteurs. Mon excellent collègue relatait des faits de contamination entre époux, scrupuleusement surveillés par lui, et qui a aucun moment, n'avaient présenté l'ulcère primitif. De pareilles observations sont toujours un peu discutables, car nous savons combien certains chancres sont éphémères, ceux du col utérin par exemple, et à tout prendre, il est plus facile de les concevoir assez superficiels pour passer inaperçus, que d'accepter qu'ils fassent défaut. Tout au plus, ne nous défendions-nous pas de penser qu'un col utérin éversé, érodé, voire ulcéré, pouvait offrir aux sucs contaminateurs des orifices vasculaires béants, susceptibles d'absorber directement le virus; mais c'était aller vraiment jusqu'aux extrêmes limites du rêve.

Aussi pouvez-vous comprendre avec quel enthousiasme mon ami Verchère accueillit ces deux observations que l'obligeance de l'une des victimes avait fait tomber entre mes mains. « Vous avez donc changé d'avis? » me dit-il. Non, certainement, car je ne disais pas naguère le fait impossible, je le tenais pour non démontré. Or aujourd'hui j'apporte un fait avec sa preuve, ou pour mieux dire, se contrôlant l'une l'autre, deux catastrophes minutieusement observées par des confrères dont toute l'attention était tendue vers l'examen de leur « moi » souffrant. Les circonstances dont elles sont entourées ne peuvent laisser aucune place à un doute quelconque. M. le secrétaire général me permettra de lui en apporter une preuve qu'il ne récusera pas. Les maîtres les plus éminents ne sont pas aussi sceptiques qu'il nous l'a dit, quand les raisons de croire sont péremptoires, et M. le Pr Fournier a bien voulu, après la lecture de mon travail, m'assurer qu'il partageait mon avis et que la question lui semblait jugée.

Il ne resterait donc plus à discuter que la question d'interprétation. Or il se trouve que sur ce point nous sommes tous d'accord. C'est une bonne fortune dont nous sommes redevables aux sympathiques confrères dont je dois respecter l'anonymat, et je ne puis mieux terminer qu'en leur offrant, au nom de la science, qui leur fut si cruelle pourtant, des remerciements et les vœux de bonne guérison les plus sincères.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. *Indications et contre-indications des eaux de Contrexéville*, par le Dr Graux.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre d'excuses de M. Leudet qui ne peut assister à la séance. 2° Lettre de M. le Dr Laquerrière, posant sa candidature comme membre titulaire. Parrains : MM. Julhen et Buret.

M. le Président. — M. Leudet devait aujourd'hui prendre la parole et terminer, du moins provisoirement, la discussion sur la tuberculose en vous présentant, sous une forme réduite, les diverses opinions qui ont été émises sur quelques-uns des problèmes pathologiques liés à l'étude de cette redoutable maladie. Malheureusement il ne peut pas assister à notre reunion; et, dans une lettre que je reçois à l'instant, il me charge de vous adresser ses excuses et de vous exprimer tous ses regrets. Il ajoute, du reste, qu'il sera à son poste dans quinze jours, et il me demande de lui réserver la parole pour la séance du 13 avril. La discussion sur la tuberculose sera donc reprise et probablement terminée ce jour-là. Ce contre temps est sans doute facheux à tous les points de vue; mais je dois vous dire que ses inconvénients vont être atténués par un véritable dédommagement que nous offre M. le Dr Picqué.

Dans une de nos dernières séances, M. le Dr Picqué nous a lu un travail très intéressant intitulé : « *A propos de l'opothérapie ovarienne.* » Ce titre volontairement restreint indique bien que l'auteur ne veut pas encore étudier l'opothérapie ovarienne dans toute son ampleur. Il préfère, avant de s'engager dans cette voie incomplètement éclairée, avoir votre opinion sur une question plus simple et dont la solution doit être désirée par tous les praticiens. Il veut notamment savoir comment vous comprenez et comment vous expliquez la genèse des troubles nerveux ou psychiques, vaso-moteurs ou nutritifs constatés assez souvent chez la femme qui a subi l'ablation des ovaires.

Pour donner aux débats d'aujourd'hui la précison et l'importance qu'ils doivent avoir, permettez-moi d'entrer dans quelques considérations que je vais essayer de vous présenter d'une façon très succincte. La question concernant la sécrétion des glandes du corps humain n'a été scientifiquement étudiée qu'après l'importante découverte des vaso-moteurs, par Cl. Bernard, découverte confirmée, à quelques semaines de distance, par Brown-Séquard.

Ces deux célèbres physiologistes poursuivirent leurs travaux sur ces nerfs avec une ténacité indomptable, essayant de trouver leur distribution dans l'organisme animal et d'établir leurs fonctions. Par une coïncidence étrange, ces deux grands savants concentrèrent leurs recherches sur les appareils glandulaires ; et pendant que Cl. Bernard découvrait la sécrétion de la matière glycogène par la glande hépatique et publiait ses mémorables expériences sur les glandes salivaires, Brown-Séquard poursuivait ses investigations dans des organes plus mystérieux et nous apprenait que les glandes, même celles qui sont dépourvues de canaux excréteurs, secrétaient des sucs spéciaux capables, selon lui, d'exercer une action sur l'organisme. Ces découvertes restèrent longtemps sans écho dans le corps médical; et ce ne fut qu'après le retentissement produit par l'injection chez l'homme d'un suc testiculaire particulier, que les médecins eurent l'idée d'étudier l'influence thérapeutique que pouvaient avoir les sécrétions glandulaires de certains animaux introduites dans le corps humain. C'est à cette époque que furent publiés de nombreux travaux sur la sécrétion thyroïdienne et sur la sécrétion ovarienne. Cette dernière seule nous intéresse aujourd'hui. Je devais la signaler avant d'entamer la discussion qui va commencer et dans laquelle elle sera certainement invoquée.

A l'heure actuelle, de nombreux médecins, s'inspirant des recherches physiologiques dont je viens de faire une esquisse rapide, croient que la sécrétion ovarienne est absolument nécessaire à la régularité des fonctions génitales; et, ils supposent, par voie de suite, que lorsque cette sécrétion est altérée ou supprimée, la femme se trouve, par ce fait, exposée à des accidents pathologiques, plus ou moins sérieux dus, selon eux, à ce qu'ils appelent l'*insuffisance ovarienne*, que cette insuffisance se produise spontanément, ou qu'elle soit provoquée par une intervention chirurgicale.

Cette affirmation ne satisfait qu'incomplètement les désirs de M. Picqué; et pour rassurer son esprit hésitant, il vous demande si vous pouvez lui prouver que les accidents signalés dépendent réellement et exclusivement de la dégénérescence a l'ovaire et surtout de son ablation. Il est incontestable que des désordres sérieux se manifestent chez la femme après les opérations pratiquées sur l'ovaire et sur les tissus qui se trouvent dans son voisinage, alors même que la glande séminale est presque respectée. Tout le monde sait, en outre, qu'au moment présumé des règles et à l'époque de la ménopause, les femmes qui ont subi la castration éprouvent des perturbations plus ou moins considérables. M. Picqué ne conteste pas l'importance de ces troubles post-opératoires ; et dans son travail il cite des faits qui ne lui permettent pas de la nier. Mais, comme il est convaincu que dans certains états morbides de l'appareil génital de la femme, l'intervention chirurgicale est indispensable, il demande si cette intervention ne doit pas être entourée de certaines précautions et soumise à certaines règles.

Pour bien préciser il prend pour exemple les psychoses post-opératoires qui ont parfois une gravité exceptionnelle. L'opération est-elle vraiment responsable d'un pareil méfait, et ne joue-t-elle pas, par hasard, le role banal d'une cause occasionnelle, qui n'aurait produit aucun effet nuisible, si l'organisme de la malade n'avait pas été imprégné par des germes morbides introduits dans son sein par les influences nocives des milieux ambiants et de l'hérédité ? La chose est possible ; et dès lors, avant de recourir au bistouri, le chirurgien doit demander

aux neurologistes, et surtout aux aliénistes, d'examiner la malade qui doit être opérée pour qu'il puisse, en connaissance de cause, savoir si son intervention est réellement utile.

Vous devinez l'importance de cette question délicate; et je suis sûr d'avance qu'elle captivera votre attention. Par contre, si vous admettez que dans les névroses et les psychoses post-opératoires l'insuffisance ovarienne est seule responsable de tous ces désordres, vous entrez de plain pied dans la vaste question de l'opothérapie ovarienne, et, pour obtenir la guérison, vous êtes contraints d'aller chercher dans l'animalité féminine le meilleur des sucs pour remplacer le suc altéré ou absent, en nous faisant connaître s'il est préférable de l'introduire chez la femme intéressée par l'injection sous-cutanée ou intra-veineuse, par l'ingestion ou par la greffe.

Je compte sur votre intervention pour donner à cette discussion l'importance qu'elle doit avoir.

M. Picqué. — Je demande à ajouter quelques mots à ce que vient de dire notre aimable président sur ma communication. Je n'ai pas formulé d'avis sur la question de l'opothérapie ovarienne. Je n'avais pas à en formuler. J'ai tenu simplement à mettre sous vos yeux un certain nombre de faits que j'ai colligés à Sainte-Anne, depuis deux ans, avec mon collègue Dagonet. Il s'agit de fièvres ayant présenté les symptômes attribués par les auteurs à l'insuffisance de la sécrétion ovarienne. Parmi ces femmes, il en est qui avaient subi l'ablation des ovaires, d'autres avaient eu des opérations pratiquées en dehors de la sphère génitale. L'une d'elle avait subi l'amputation du sein. Un homme même avait eu une résection de l'épaule. La plupart de ces malades présentaient des tares héréditaires et des psychopathies antérieures. J'ai demandé, en terminant, que ces malades soient examinés tout d'abord par des médecins aliénistes, seuls capables de discerner l'origine et la nature des troubles présentés par eux.

M. Vidal. — Messieurs, avant de suivre M. Picqué sur le terrain de la clinique et des applications thérapeutiques des extraits d'ovaires, je désirerais vous montrer comment est née l'opothérapie ovarienne, et comment la physiologie biologique a mis en éveil le sens thérapeutique des cliniciens. La testiculothérapie est vieille comme le monde; les livres sacrés des Hindous donnent certaines formules aphrodisiaques où les testicules de bouc sont longuement triturés, intimement mêlés aux sucs de certaines plantes; la pharmacopée de Kong-Fou-Tchéou mentionne les testicules de coq desséchés comme propres à exciter le sens génésique, et les Chinois font encore usage de la sécrétion externe du testicule qu'ils dessèchent et administrent en pilules. Moins longue est l'histoire de l'*ovariothérapie*, et c'est seulement après la communication retentissante faite par Brown-Séquard à la Société de Biologie, le 1er juin 1889, que l'on songeait à étudier les effets de la médication ovarique. Brown-Séquard avait dit : « Toutes les glandes, pourvues ou non de conduits excréteurs, donnent au sang des principes utiles, dont l'absence se fait sentir après leur extirpation ou leur destruction par la maladie. » Et il avait apporté comme preuve le résultat de ses premiers essais d'injection hypodermique de suc testiculaire.

Quelque temps après, il émettait l'idée que le suc ovarique, injecté à des femmes âgées et affaiblies, donnerait sans doute des résultats aussi brillants que le suc testiculaire chez le vieillard, étant donnée l'homologie des deux organes. L'on se mit de suite à l'étude et les travaux ne tardèrent pas à se succéder sur cette intéressante question, que j'ai mise au point dans un travail paru dans les *Archives de Thérapeutique* de mai et juillet 1899.

En 1895, paraissait dans *Il Policlinico* (n° 9), un travail de Curatulo et Tarulli sur « l'Influenza dell' ablazione delle ovario sul metabolismo organio », où ils consignaient le résultat de leurs recherches. Ayant soumis un certain nombre de chiennes à un régime uniforme, ils dosèrent avec soin l'azote et les phosphates éliminés chaque jour, puis les châtrèrent. Ils purent alors observer une notable diminution dans la quantité d'anhydride phosphorique éliminé. Une jeune chienne, entre autres, qui éliminait avant l'opération 9 gr. 93 d'azote et 1 gr. 50 d'anhydride phosphorique, n'éliminait plus après la castration, que 0 gr. 75 d'anhydride phosphorique, soit juste la moitié.

Cette déphosphatation ne peut dépendre que d'une diminution de l'oxydation du phosphore organique des tissus, diminution que l'on est logiquement en droit d'attribuer à la disparition des ovaires, les chiennes ayant continué à se bien porter et leur alimentation étant restée la même. La présence des ovaires contribuerait donc à l'oxydation des substances organiques phosphorées, et cette action oxydante doit être attribuée à cette sécrétion interne qu'affirmait Brown-Séquard et qui, si elle n'a pas encore été isolée, n'en existe pas moins.

Poursuivant leurs recherches biologiques, Curatulo et Tarulli étudièrent le chimisme respiratoire chez des souris et des chiennes châtrées, et présentèrent les résultats de leurs investigations à l'Académie de Médecine de Rome, en novembre 1896. Donnant aux animaux en expérience une nourriture uniforme, ils observèrent une notable diminution de l'acide carbonique et de l'eau chez les femelles châtrées, preuve de ralentissement de l'oxydation des hydrocarbures et des graisses. La sécrétion interne de l'ovaire aurait donc une action oxydante sur les substances organiques phosphorées, sur les graisses et sur les hydrates de carbone.

Ainsi s'expliqueraient les modifications des échanges nutritifs aux trois époques de la vie de la femme : puberté, vie sexuelle, ménopause. Pendant la vie sexuelle, le sang circulant activement dans les ovaires augmente leur activité sécrétoire; la sécrétion interne, charriée par le torrent circulatoire, augmente les échanges organiques et les oxydations. Pendant la ménopause, au contraire, les échanges sont ralentis, et de cette dénutrition découlent bien des troubles que combattent avec succès les extraits d'ovaire.

Cette déphosphatation intense, ces troubles de nutrition de toute nature ne sembleraient-ils pas suffisants à M. Picqué pour expliquer les troubles nerveux consécutifs aux ablations annexielles ?

Je ne voudrais pas faire dans la médecine mentale la moindre incursion; je n'y suis nullement préparé. Mais je m'arrêterai un tout petit instant à la neurasthénie de la femme, à cette neurasthénie tellement distincte de celle de l'homme que l'on est en droit d'en faire une entité morbide à part.

Dans cette neurasthénie, que caractérise un affaiblissement durable de la force nerveuse joint à une irritabilité douloureuse des organes et en particulier des appareils digestifs, circulatoires et génito-urinaires, l'examen des urines dénote invariablement une diminution des échanges organiques.

Dans 191 analyses d'urines de neurasthéniques, j'ai trouvé la quantité totale généralement diminuée ; le coefficient d'oxydation azotée très abaissé et l'acide urique augmente au détriment de l'urée; l'élimination de l'acide phosphorique est notablement diminuée. Faut-il faire de ces troubles nutritifs la cause ou bien la conséquence de la neurasthénie ? S'ils en étaient la conséquence, il me semble qu'un traitement nervin ou cérébral en aurait seul raison. Or, ce traitement ne donne aucun résultat et l'on ne parvient à guérir les neurasthéniques qu'en traitant leurs troubles de nutrition. Instituez à la neurasthénique un régime convenable, faites-lui faire de l'hydrothérapie sous forme de ces chambres tièdes, dont notre cher Président a le secret; donnez-lui des extraits d'ovaire dont j'ai communiqué ici même, l'an dernier, les excellents résultats, et votre neurasthénique marchera vers la guérison en même temps que se rapprochera de la normale sa courbe urinaire.

Chez la femme atteinte de troubles dus au retour d'âge, j'ai obtenu exactement les mêmes résultats et j'en suis arrivé à faire du retour d'âge une simple *neurasthénie ménopausique*.

En effet, les symptômes de la ménopause, bouffées de chaleur, céphalées, vertiges, insomnie, rachialgie, cauchemars, amnésie, perturbations sexuelles, phénomènes congestifs et hémorragiques, état mental particulier, irritabilité, instabilité perpétuelle, idées fixes, idées de suicide, etc., n'appartiennent-ils pas aussi à la neurasthénie ?

N'est-ce pas aussi là une grosse partie des symptômes que présentent les malades atteintes de psychoses post-opératoires? En sommes nous avons là trois affections qui, distinctes en apparence, ont une symptomatologie commune et un lieu clinique commun, la diminution des échanges organiques et des oxydations. Or, ces affections sont favorablement influencées par un même traitement, par les *extraits d'ovaire*, qui sem-

blent agir en rétablissant l'équilibre et en introduisant dans l'organisme un facteur d'oxydation diminué ou disparu. Pourquoi refuser droit de cité à cette médication organique aussi précise en l'espèce que bien d'autres médicaments pharmaceutiques que l'usage seul a consacrés?

M. Picqué pense qu' « en général les malades ont été suivis pendant fort peu de temps et qu'il serait nécessaire, pour entraîner la conviction, que l'observation en fût continuée pendant de longs mois. » Or certaines des observations que je vous ai portées l'an dernier datent de plus de trois ans; je continue à revoir de temps à autre les malades qui en ont fait l'objet et les résultats se sont maintenus.

C'est grâce à ces résultats que je me crois en droit de conclure à l'existence d'une sécrétion interne de l'ovaire, sécrétion que les progrès de la biologie permettront un jour d'isoler. Cette sécrétion, *Lebreton* (1), dans une thèse toute récente, l'attribue aux corps jaunes, véritables glandes closes à sécrétion interne, dont Moudt a tiré un *extrait sec*. Je suis peu partisan de cette localisation et crois qu'en organothérapie il faut employer l'organe total comme en thérapeutique générale en éruption, l'infusion de digitale de préférence à ses alcaloïdes.

Si les extraits d'ovaire n'avaient aucune influence sur l'organisme, comment expliquerait-on les effets obtenus chez des sujets sains, nullement prévenus et chez lesquels la suggestion ne pouvait jouer aucun rôle?

Roucagliols (2), a obtenu constamment des phénomènes d'excitation du système nerveux et une vive excitation génitale. *Tambroni* (3), a provoqué des phénomènes subjectifs particuliers, sensations de chaleur générale, inquiétude, bourdonnements d'oreille, douleurs de tête, oppression, élévation de la température. L'examen des urines lui a accusé une diminution des chlorures, une augmentation des sulfates et des phosphates.

J'ai moi-même, chez près de 100 malades atteints d'affections diverses dont les symptômes me semblaient justiciables des extraits d'ovaire, obtenu des résultats tellement précis qu'il me semble impossible de concevoir le moindre doute à cet égard.

Pour être bien certain que je n'étais en rien la victime d'une illusion thérapeutique, j'ai essayé comparativement chez les mêmes malades les injections de suc ovarique, de suc testiculaire et de sérum artificiel.

Alors que le sérum artificiel remonte assez rapidement l'état général des débilités, alors qu'il relève la nutrition chez les neurasthéniques, il reste sans action sur les accidents de la ménopause naturelle ou artificielle qu'il aggrave parfois, en particulier quand il s'agit de malades à tension artérielle élevée, chez lesquelles dominent les troubles congestifs.

Le suc testiculaire agit déjà mieux; son action tonique se fait sentir plus rapidement que celle du sérum artificiel, et l'état général devient vite meilleur. Mais, seul, le suc ovarique agit sur les troubles nerveux, et à raison de l'insomnie, de bouffées de chaleur, des perturbations sexuelles occasionnées par l'ablation ou l'atrophie des ovaires. N'est-ce pas là une grande preuve expérimentale suffisante pour affirmer l'action thérapeutique du suc ovarique?

Ce n'est pas du raisonnement et de la logique que devraient être tirés les arguments présentés contre l'opothérapie ovarienne, mais de l'examen des faits. Connaît-on le mécanisme biologique de l'action du mercure sur l'évolution de la syphilis? Ne l'applique-t-on pas pourtant sans hésitation, et le praticien qui, considérant cette action comme une « ingénieuse hypothèse », se refuserait à l'utiliser chez ses malades, ne se rendrait-il pas coupable d'une faute grave?

Que l'on suive de près un grand nombre de malades traités par la méthode ovarienne, ménopausiques naturelles ou artificielles, anémiques, neurasthéniques, que leurs observations, minutieusement prises, soient honnêtement étudiées, et l'on pourra alors, si les résultats sont négatifs, conclure à l'inanité de la méthode. Jusque-là, on sera en droit de considérer les extraits d'ovaire comme le médicament de choix de ces troubles neurasthéno-ménopausiques de la femme.

Je dis *médicament de choix* et non *spécifique*, car il s'agit là, à mon avis, non pas d'une action unique, mais de la résultante d'un véritable faisceau d'actions corrélatives. Je crois qu'à la glande seule ne doit pas être réservé le monopole de la sécrétion interne. *La sécrétion interne est fonction de la cellule*, et cette extension du pouvoir sécrétoire donne la clef de l'action thérapeutique des produits physiologiques. En effet, en n'abandonnant pas notre question, nous voyons que les extraits d'ovaire ont une double action: d'une part, sur la fonction ovarienne proprement dite; d'autre part, sur l'organisme lui-même. C'est par le *suc ovarien* proprement dit que s'exercerait l'action locale, et par le *suc cellulaire* que se ferait l'action générale.

Ainsi considérée, la question devient beaucoup plus vaste, beaucoup plus importante, et l'explication des synergies thérapeutiques de la médication d'organes devient facile. L'on conçoit alors aisément qu'un organe ne soit jamais malade seul, son altération intime amenant celle des autres cellules, et l'on conçoit aussi qu'une médication locale vienne influencer favorablement l'état général d'un malade.

Aussi, conclurai-je par cet axiome emprunté à Paracelse: « Les maladies se guérissent par les mêmes radicaux que ceux qui existent dans le corps et donnent naissance aux maladies », et affirmerai-je bien hautement que l'opothérapie est une méthode thérapeutique beaucoup plus sûre que la pharmacothérapie, car elle est basée sur des démonstrations physiologiques et biologiques d'une incontestable précision.

M. Coudray donne lecture de la communication suivante: **Quelques réflexions sur les sérums en thérapeutique.** (*sera publié*).

M. le Président prie le Secrétaire général de faire le nécessaire relativement au prix Duparcque et lève la séance à six heures.

L'un des Secrétaires annuels,
E. Vidal.

Le 28 décembre 1901, la Société de Médecine de Paris décernera le prix Duparcque (*une somme de 1.200 francs est disponible*) à l'auteur du meilleur mémoire en français sur un sujet restant au choix de l'auteur, mais ne sortant pas, pour cette fois, du cadre des affections gynécologiques ou vénériennes. Les mémoires inédits et non encore récompensés devront être déposés au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, avant le 1er octobre 1901. Ils devront porter une épigraphe et être accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur et la même épigraphe reproduite. Tout auteur qui se serait fait connaître d'une façon quelconque, avant l'attribution du prix, serait exclu de fait du concours. Seuls, les membres titulaires et honoraires de la Société ne peuvent être admis à concourir.

Le Secrétaire général:
F. Buret.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 12 mars 1901. — Présidence de M. Kirmisson.

M. Variot fait une communication sur un cas de *dystrophie orchidienne*, et présente le malade sur lequel il l'a observé. Il s'agit d'un jeune garçon de 12 ans, cryptorchide, chez lequel on constate déjà toute une série de troubles de dystrophie orchidienne. Il n'a qu'une ébauche de bourses: la palpation la plus attentive ne permet pas de reconnaître la moindre trace des testicules dans les canaux inguinaux, et il est évident que ces organes sont en ectopie abdominale, probablement assez hauts; la verge est petite, comme encapuchonnée sous les téguments pubiens soulevés par une graisse abondante; le prépuce

(1) J. Lebreton. — *Opothérapie ovarienne. Rôle du corps jaune.* Thèse de Paris, 1899, nº 1858.

(2) [illegible] *[illegible] e terapeutica del suco ovarico.* Lezione di clinica del prof. Mara[illegible], 14 juin 1877.

(3) *La Ooforoterapie nelle malattie nervose e mentali* (atti dell'acad. delle Scienze Mediche di Ferraro, vol. IV, 1896)

est normal. Le bassin est large; il y a de la polysarcie générale, particulièrement accentuée à la partie antérieure de l'abdomen. L'enfant, né à terme, a été en retard pour sa dentition (1re dent à 16 mois), n'a marché qu'à 2 ans, a commencé à parler à 4 ans 1/2 seulement et n'a parlé convenablement qu'à 8 ans. Il ne sait ni lire ni écrire, et montre fort peu de dispositions à apprendre. Il est d'une timidité extrême. M. Variot fait ressortir l'analogie qui existe entre les troubles dystrophiques qu'on observe dans ces cas de cryptorchidie abdominale et ceux qui surviennent chez les eunuques par castration précoce. La sécrétion testiculaire interne manque dans la cryptorchidie abdominale, et il y a lieu de penser que l'absence de cette sécrétion joue un certain rôle dans la genèse de ces troubles. Aussi M. Variot est-il d'avis que l'on pourra peut-être essayer la médication testiculaire chez cet enfant aux approches de la puberté, non pas sous forme d'injections qui sont douloureuses, mais sous forme de poudre de testicule de mouton desséchée et mêlée à de la lactose.

M. Kirmisson appelle l'attention de ses collègues sur *un point particulier du traitement des appendicites aiguës.* Il se prononce résolument pour le traitement médical de l'appendicite aiguë et pour l'opération à froid, se ralliant pleinement aux conclusions des rapports présentés au dernier Congrès par Roux et par Jalaguier. Il fait remarquer qu'il ne faut pas voir que les complications en quelque sorte mécaniques de l'appendicite, mais qu'il faut envisager la nature infectieuse de l'affection, dont la notion se dégage de plus en plus franchement de tout un ensemble de faits (accidents à distance, pleurésies, hématémèses), et qu'il y a lieu, en conséquence, de se tenir en garde contre le danger de l'encombrement stercoral consécutif au traitement opiacé. Il ne faut pas prolonger trop longtemps ce traitement, sous peine de s'exposer à des infections secondaires. Dès que la fièvre, la douleur et les vomissements ont cessé, M. Kirmisson supprime l'opium et provoque les selles par des lavements quotidiens. Il n'a eu qu'à se louer de cette manière de procéder, et il met sous les yeux de la Société un certain nombre de tracés qui montrent la simplicité de l'évolution de la maladie ainsi traitée.

M. Legendre partage les idées que vient d'émettre M. Kirmisson. Il demande toutefois à son collègue quelques renseignements sur sa conduite relativement à l'alimentation des malades, car c'est surtout au moment de l'alimentation que l'on doit craindre l'infection intestinale. Et il insiste sur ce point, que, quand on parle de diète pour un malade atteint d'appendicite, il faut entendre diète à l'eau seulement, sans lait, les forces du patient étant d'ailleurs soutenues par des injections de sérum. En résumé, dit-il, quand peut-on donner du lait, et quand doit-on provoquer les évacuations ?

M. Kirmisson dit qu'il cesse progressivement la glace et l'opium. Quand la réaction locale et la fièvre ont disparu, il fait administrer un premier lavement, puis il donne du lait, en petite quantité d'abord, pour augmenter ensuite prudemment peu à peu. En somme, il fait coïncider l'introduction de l'aliment avec la provocation des évacuations.

M. Villemin ne donne plus l'opium, parce qu'en supprimant la douleur il prive le chirurgien d'un élément fort important pour le diagnostic. Il soutient la diète hydrique pendant 3 ou 4 jours après que la température est tombée, et alors seulement il fait donner des lavements espacés à assez longs intervalles.

M. Guinon rapporte deux cas de *stomatite érythémato-pultacée sans rougeole ultérieure*, dont l'allure trompeuse a laissé pendant quelque temps le diagnostic fort incertain.

M. Guinon fait ensuite une autre courte communication sur *le point de côté abdominal dans les affections aiguës pleuro-pulmonaires*, à propos d'un cas qu'il a récemment observé dans son service. Il s'agissait d'un enfant que son interne lui présenta comme probablement atteint d'appendicite, en raison surtout d'une douleur assez vive siégeant bien nettement au niveau du point de Mac Burney. Mais en examinant attentivement la région, M. Guinon constata que la paroi ne se défendait pas et se laissait déprimer, sous une pression exercée en large surface, et cela le mit en défiance sur la signification de cette douleur dans le sens de l'appendicite. Il pensa qu'elle pouvait plutôt être considérée comme un point de côté abdominal en rapport avec une pneumonie encore latente, et c'est à ce diagnostic probable qu'il crut devoir s'arrêter de préférence. Le lendemain, la douleur persistant et les signes de la pneumonie faisant toujours défaut, on se reprit à douter de l'existence d'une pneumonie et l'on inclina vers l'hypothèse d'appendicite. Mais le jour suivant, la question fut tranchée par l'apparition des signes d'une pneumonie, dont l'évolution ultérieure n'offrit aucune particularité digne d'être notée.

M. Legendre présente, à propos de ce fait, quelques remarques sur les pneumonies appendiculaires et sur les pneumonies à point de côté abdominal. Il dit que l'on a exagéré la valeur diagnostique du point de Mac Burney, et il insiste sur l'importance de la défense de la paroi comme signe d'appendicite. Il faut faire une distinction entre les pneumonies appendiculaires et les pneumonies qui peuvent survenir, comme complication, au cours d'une appendicite, et qui, à l'inverse des premières, surviennent insidieusement.

M. Guinon résume, en son nom et au nom de M. Mathé, un mémoire intitulé : *Epidémie hospitalière de diphtérie. Traitement préventif.* Cette épidémie a été observée à la Salpêtrière, dans le service des idiotes et épileptiques. Quelques jours après un premier cas tardivement reconnu, 12 enfants furent pris de diphtérie. M. Guinon, consulté à ce sujet, fit inoculer tous les enfants de ce service; les doses de sérum employées furent de 15 c.c. et de 7 c.c., suivant les âges. Grâce à cette mesure, l'épidémie fut enrayée, pour ainsi dire, du jour au lendemain, car il n'y eut plus après que 4 cas, tous d'une bénignité remarquable.

M. Villemin a eu dans son service une petite épidémie de diphtérie de quatre cas. Il fit l'inoculation préventive à tous les autres enfants de la salle, et aucun d'eux ne fut atteint par la maladie.

Sur la proposition de M. Kirmisson, la Société met à son ordre du jour la discussion de la communication de MM. Guinon et Mathé. Ch.-H. Petit-Vendol.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance de mars 1901.

Observation d'un adulte présentant deux plaques d'alopécie temporale qui peuvent être expliquées par l'empreinte des cuillères du forceps.

M. Brindeau. — Chez ce malade, la peau du cuir chevelu est glabre à ce niveau, sauf au centre, où il y a une petite touffe de poil. Ce malade a été extrait par le forceps. Il affirme avoir toujours présenté cette particularité, qui lui a mérité, dans son enfance, le surnom de bête à corne. En tout cas, ce serait une application de forceps bien exceptionnelle dont les traces ne pourraient s'expliquer que par un glissement des cuillères.

Présentation d'un utérus dont la paroi antérieure est le siège d'un volumineux thrombus chez une malade morte après un avortement.

M. Brindeau. — Il s'agit d'une femme qui est morte à l'hôpital Saint-Louis, où elle est entrée après avoir fait une fausse couche depuis la veille, étant dans un état très grave, T. 38°, P. 150 subictère, subdélire. Le curettage fait immédiatement, amena l'expulsion de quelques débris de caduque ; pas de placenta. A l'autopsie, on trouva 500 grammes de pus dans le petit bassin, et plusieurs abcès dans la paroi utérine.

Le volumineux thrombus de la paroi antérieure, communique avec la cavité utérine par un trajet sinueux, qui a sans doute été produit par l'introduction d'un instrument dans un but abortif.

Présentation d'un placenta de grossesse extramembraneuse.

M. Dubrisay. — Cette pièce provient d'une femme qui perdait tous les jours en abondance du liquide amniotique et du sang, et cela depuis deux mois, quand elle fut examinée pour la première fois. On trouva un utérus de cinq mois, remontant au-dessus de l'ombilic, et dont la paroi était absolument collée sur le fœtus. Le col était déhiscent; une partie fœtale ballottait en haut; il s'agissait d'un siège en S. I. et A. Cette femme accoucha spontanément d'un enfant bien constitué pesant

AVIS IMPORTANT

A nos Abonnés et à nos Lecteurs.

La collection des ARCHIVES DE NEUROLOGIE (1880-1900), *y compris l'abonnement de* 1901, *est vendue* 150 *fr., prise dans nos Bureaux.*

1.210 grammes. La délivrance qui eut lieu une heure après, montra une cavité ovulaire d'une capacité notablement inférieure au volume du fœtus.

Présentation d'un utérus dont le segment inférieur est le siège d'une rupture dans sa partie droite.

M. Boissard. — Il s'agit d'une femme qui avait été apportée à l'hôpital Tenon quelques jours après son accouchement, fait en ville et ayant nécessité plusieurs applications de forceps. Etant donnés l'histoire de la maladie et les phénomènes graves qu'elle présentait, on pensa à une rupture utérine, et on introduisit la main dans l'utérus, on ne sentit rien d'anormal. A l'autopsie, on trouva une vaste déchirure du segment inférieur ayant épargné le péritoine, mais atteignant presque le col. M. Boissard se demande si ce traumatisme ne doit pas être attribué aux cuillères du forceps.

M. Bar. — Il me semble que cette rupture présente plutôt les caractères d'une rupture spontanée, d'autant plus que le segment inférieur est très allongé et que son siège est au lieu d'élection de ces ruptures. D'ailleurs autant sont fréquentes les lésions vaginales dans les applications maladroites de forceps, autant la lésion du segment inférieur est exceptionnelle sous cette influence.

Un cas de dystocie par malformation vaginale.

M. Boissard présente une bride vaginale qui arrêta pendant un certain temps l'expulsion d'un fœtus se présentant par le siège. Le vagin de la mère présentait deux diaphragmes, plus cette bride vaginale, qui était presque oblique, et sur laquelle le siège du fœtus fut arrêté, ses deux jambes ayant passé du même côté. Des tractions ayant exagéré encore l'enclavement, on fut obligé de sectionner cette bride pour permettre la terminaison de l'accouchement.

Oligoamnios et malformations multiples chez un enfant.

M. Macé. — Cet enfant présente une série de sillons transversaux sur l'abdomen, plus quelques sillons verticaux, dont l'un se dirige de l'ombilic à la région sus-pubienne. Du côté de la face, on note une hémiotrophie par pression sur l'épaule, la face ayant été prise obliquement entre la paroi utérine et le mognon de l'épaule. Cet enfant est cryptorchide et urine par l'ombilic.

M. Bar. — Ces rides indiquent une surdistension de la cavité abdominale. Dans des cas analogues, j'ai constaté la présence de reins polykystiques devenus fibreux, qui avaient dû, à un moment donné, être beaucoup plus volumineux.

La malformation qu'on observe du côté de l'urètre plaide en faveur de cette hypothèse, l'évacuation s'étant faite par la perméabilité de l'ouraque. Quant à l'oligoamnios, elle est très fréquente dans ces cas, étant la conséquence de l'absence de sécrétion urinaire, ainsi que le prouvent les faits d'oligoamnios avec rétention d'urine dans la vessie. Cet enfant doit avoir les reins démolis ; il mourra donc sans doute prochainement avec des symptômes d'urémie. Quant à cette déformation de la tête en haricot, elle est caractéristique et produite par une distorsion de toute la base. J'ai observé, un certain nombre de fois, cette forme de tête chez les idiots de M. Bourneville.

Torsion d'un fibrome sous-péritonéal à six mois de grossesse, accidents graves simulant une appendicite ; opération, guérison et continuation de la grossesse.

M. Maygrier. — Il s'agit d'une femme enceinte qui présenta des douleurs dans la fosse iliaque droite dans laquelle on sentait de l'empâtement. On ordonna un lavement laudanisé qui resta sans effet. Les douleurs persistèrent, le ventre se ballonne et il survient des vomissements répétés verdâtres, en même temps que la douleur localisée était extrêmement violente. Quoique le pouls et la température fussent normaux, on crut à une appendicite et on décida la laparotomie pour le lendemain. A l'ouverture du ventre, on trouva un péritoine très épaissi, faisant sentir une tumeur sous-jacente qui était un petit fibrome à vascularisation exagérée, et qui était relié à l'utérus par un pédicule court et tordu sur lui-même, siégeant sur le bord latéral droit. La grossesse continua son cours, les suites opératoires ayant été absolument normales. Mais, quatre semaines après, le fœtus fut expulsé sans qu'on ait pu s'expliquer autrement que par une indigestion cette interruption de la grossesse.

Sur trois cas de pyélonéphrite gravidique.

M. Anderodias communique trois observations de pyélonéphrite gravidique survenues, chez des femmes enceintes, du quatrième au septième mois de la grossesse. L'auteur insiste surtout sur les conditions pathogéniques dans lesquelles l'affection s'est développée.

Chez deux des femmes, il existait une constipation opiniâtre; la troisième avait une diarrhée intense sous l'influence probablement d'un léger degré de compression de l'uretère par l'utérus gravide, il s'est fait, à ce niveau, un lien de moindre résistance et une infection d'origine intestinale est venue produire une pyélonéphrite. Du reste, l'examen bactériologique de l'urine dans deux des observations, a montré que le colibacille y existait à l'état pur. Le traitement est venu pour ainsi dire confirmer cette pathogénie ; car sous l'influence de l'antisepsie du tube digestif et de l'évacuation de l'intestin, la malade guérit très rapidement. Il est à remarquer, en effet que, au point de vue thérapeutique, rien n'a été fait du côté de l'appareil urinaire. H. C.

THÉRAPEUTIQUE

Un Monstre. — Les Drs Félix Regnault et Berillon ont présenté, hier, à une Société médicale, un nouveau monstre du sexe masculin, qui est dépourvu de bras et de jambes. Cet homme-tronc s'appelle Nicolas Kobelkoff; il est originaire de la Russie d'Asie. Il est le quinzième d'une famille de seize enfants. Lui-même est marié et père de onze enfants, dont six sont vivants et bien constitués. En s'aidant de ses joues, de sa tête et de son épaule, il peut boire, manger, écrire, peindre. (*Le Journal*)

Cas de fécondité extraordinaire. — On signale de Madrid un cas de fécondité extraordinaire. Une paysanne de Cabeza de Arados, village des environs de Ciudad Real, a mis au monde cinq jumeaux, parfaitement sains et proportionnés. Il y a deux ans, la même femme avait accouché de trois enfants qui sont à l'heure actuelle des plus robustes. La mère de cette prodigieuse nichée gagne durement sa vie à travailler dans les mines d'Aimaden. Quant au père, on n'en dit rien. (Le *Matin* du 25 mars.)

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.



Le Pr POZZI,
Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Paris.

M. le Dr S. Pozzi vient d'être nommé titulaire de la nouvelle chaire de clinique gynécologique de la Faculté de Paris, et à cette nomination le *Progrès médical* applaudit sans réserves. Par ses grandes qualités de professeur et de chirurgien, par l'enseignement spécial qu'il donnait librement, par l'installation si complète du service qu'il a organisé lui-même dans le vieil hôpital de Lourcine, M. Pozzi, plus que tout autre, était le candidat désigné de la nouvelle chaire.

Nous ne ferons pas un nouvel article biographique sur M. Pozzi, nous nous bornerons à rappeler ceux que notre collaborateur et ami Dauriac lui a consacrés dans ce journal en 1896 (1), lors de son élection à l'Académie de Médecine, et en 1899, lors de l'inauguration de son nouveau service à l'hôpital Broca (2). Mieux que nous ne saurions le faire, le Dr Dauriac a su mettre en relief les éminentes qualités de chirurgien, de savant, de philanthrope et d'artiste de M. Pozzi. Néanmoins, nous rappellerons très brièvement les dates importantes de cette brillante carrière médicale.

Né le 3 novembre 1846 à Bergerac, interne des hôpitaux en 1869, médaille d'or en 1872, docteur en médecine en 1873, M. Pozzi fut agrégé à la Faculté en 1875 et chirurgien des hôpitaux en 1877. En 1883, il fut nommé chirurgien de l'hôpital de Lourcine, devenu depuis hôpital Broca, et se consacra entièrement à la gynécologie. Chargé, à diverses reprises, par le Gouvernement, de missions scientifiques en Allemagne, en Angleterre, en Italie, en Autriche, aux Etats-Unis, etc., sa renommée de chirurgien gynécologiste devint rapidement universelle. De 1885 à 1894, il fut secrétaire général et véritable organisateur du Congrès français de Chirurgie, fut en 1895 élu à l'Académie de Médecine et, en 1899, président de la Société de Chirurgie de Paris. Depuis cinq ans, M. Pozzi dirige une importante publication : la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale,* où il a fait paraître de nombreux mémoires. Il a été président du Congrès de Gynécologie, à Marseille, en 1898 ; vice-président de la section de gynécologie du Congrès international de Paris (1900). Il est vice-président de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et Pédiatrie. L'an dernier, le *Royal College of Surgeons* de Londres lui a donné le titre de *honorary fellow*, en même temps qu'à deux autres chirurgiens français seulement : MM. les Prs Ollier et Lannelongue M. Pozzi, membre de presque toutes les Sociétés gynécologiques dans les deux mondes, est, en outre, sénateur de la Dordogne depuis le 9 janvier 1898 et officier de la Légion d'honneur depuis 1894. Au Sénat, il a fait un remarquable rapport sur l'enseignement secondaire. J. N.

(1) *Progrès médical*, 29 février 1896 ; n° 9, page 141.
(2) J. Dauriac. — Une visite à l'hôpital Broca, *Progrès médical*, 14 janvier 1899, n° 2, page 22.

VARIA

L'Hygiène à Vichy

« Il est question de construire un Etablissement d'équarrissage, à côté de l'Usine à gaz. Cette installation ne peut être que nuisible à notre station : ce n'est pas au moment où la Ville de Vichy dépense des millions pour assurer sa légendaire salubrité, qu'il faut créer à sa porte un foyer d'infection. Il est très facile de donner satisfaction à tout le monde, en construisant cet établissement en pleine campagne, au nord ou à l'est de Cusset, par exemple.

« Mais il serait désastreux de le placer à cinquante mètres de Vichy, à moins d'un kilomètre des sources. Il faut donc protester énergiquement contre ce projet ; pour cela, nous engageons tous les Vichyssois à aller donner leurs dires défavorables à la Mairie, où un registre recevra leurs protestations ; qu'ils se hâtent, l'enquête sera close *aujourd'hui dimanche, à cinq heures du soir.* » (Le *Moniteur de l'Allier* du 17 mars 1901).

Nous faisons des vœux pour la protestation des Vichyssois. Nous connaissons, par expérience, les graves inconvénients de ce genre d'établissement insalubre. La préfecture de police a, en effet, autorisé un vaste clos d'équarrissage à Ivry-sur-Seine le long de la route de Choisy, où passent 2 lignes de tramways et autour duquel se trouvent des habitations de plus en plus nombreuses. Cette installation défectueuse s'est faite malgré de vives protestations. A certains jours, on voit couler dans les ruisseaux jusqu'à l'égoût, situé à deux ou trois cents mètres, les eaux résiduaires infectes de cet établissement.

Les épidémies.

Épidémie de scarlatine à Mâcon. — Une forte épidémie de scarlatine sévit actuellement sur Mâcon. Au 134e de ligne, les soldats sont en grand nombre atteints et sont en traitement à l'hôpital. L'épidémie s'étant manifestée principalement parmi les soldats appartenant au bataillon rentrant de Montceau-les-Mines, ces derniers ont été casernés dans des bâtiments écartés et n'ont aucun rapport avec leurs camarades. L'état sanitaire est loin d'être satisfaisant. Au lycée Lamartine, on a licencié les élèves de l'école maternelle du Petit Lycée.

La rage. — Le jeune Charles Laget, âgé de douze ans, demeurant avec ses parents rue Galande, 65, a été mordu, hier soir, par un chien de forte taille atteint d'hydrophobie, qui lui a déchiré tout le bras droit. Après avoir reçu les premiers soins dans une pharmacie, il a été transporté chez ses parents. Le chien a été abattu peu après par un agent. — Georges Legouaille, quinze ans, demeurant boulevard Pasteur, 49, a été mordu à la jambe par un chien enragé. Il a été transporté à l'Institut Pasteur.

Le typhus.— A. Lœbtau, près de Dresde, 120 cas de typhus avec 12 décès ont été constatés. Comme les journaux annoncent que l'eau de l'aqueduc de Wœlfintz, qui alimente en partie Lœbtau est incriminée, tout porte à croire que l'on a affaire au typhus abdominal ou fièvre typhoïde et non au typhus exanthématique.

La peste. — La peste fait des progrès lents mais constants dans la ville du Cap. Cette épidémie qui, dans les circonstances actuelles, est une menace grave pour l'Angleterre doit aussi nous préoccuper. M. Proust, dans une communication importante à l'Académie de Médecine, a donné la preuve par l'affaire du paquebot contaminé, le *Niger*, mis en quarantaine

à Marseille, qu'on peut avec de la vigilance éteindre un foyer épidémique de ce genre.

La variole à New-York. — On s'est étonné ces temps derniers que les journaux de New-York aient fait tout à coup le silence sur l'épidémie de variole qui sévissait dans cette ville. On a appris que tous les commerçants de Broadway s'étaient réunis et concertés pour adresser aux journaux qui publiaient des informations alarmantes, sur la grippe et les autres maladies contagieuses existantes, une circulaire leur notifiant que, s'ils ne se taisaient, les négociants leur retireraient leurs annonces. — *Business is business*, depuis lors les journaux n'ont plus soufflé mot sur la santé publique, et ce n'est que par la statistique du conseil d'hygiène qu'on a su qu'en janvier il était mort trois mille personnes de l'influenza. (*Le Temps du* 25 *mars* 1901.)

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 15.— *Dissection.* N. R. : MM. Reclus, Delbet, Sébileau. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Poirier, Humbert, Retterer. — (2e *série*) : MM. Segond, Rémy, Lejars.— 3e *de Doctorat* (2e *partie*). A. R. : MM. Fournier, Gilles de la Tourette, Méry. — 5e *de Doctorat.* Chirurgie. (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Legueu, Delens, Broca (Aug.) — (2e *série*) : MM. Reynier, Walther, Mauclaire. — (2e *partie*). N. R. : MM. Hayem, Gaucher, Tessier.

MARDI 16.—*Dissection.* N. R. : MM. Richelot, Ricard, Quénu. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Blanchard, Hanriot, Langlois. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). Oral. N. R. : MM. Cornil, Achard, Vaquez. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Proust, Chantemesse, Thoinot. — 1er *de Doctorat.* (1re *série*) : MM. Farabeuf, Brun, Retterer. — (2e *série*) : MM. Le Dentu, Thiéry, Albarran. — (3e *série*) : MM. Schwartz, Rémy, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Boully, Campenon. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Jaccoud, Marfan, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Charrin, Dupré. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Maygrier, Bonnaire. Wallich.

MERCREDI 17. — *Dissection.* N. R. : MM. Reynier, Rémy, Mauclaire. — 1er *de Doctorat.* (1re *série*) : MM. Broca (Aug.), Walther, Sébileau. — (2e *série*) : MM. Legueu, Poirier, Delbet. — 2e *de Doctorat* N. R. : MM. Launois, Gley, Broca (André). — 3e *de Doctorat.* (2e *partie*). Oral. N. R. : MM. Joffroy, Gaucher, Gilles de la Tourette. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Delens, Humbert, Tuffier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) (2e *série*) : MM. Reclus, Jalaguier, Lejars.

JEUDI. 18. — *Dissection.* N. R. : MM. Farabeuf, Schwartz, Faure. — (3e *de Doctorat*) (2e *partie*) N. R. : MM. Cornil, Blanchard, Roger. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Brun, Rémy, Albarran. — (2e *série*) : MM. Bouilly, Campenon, Thiéry. — (3e *série*) : MM. Guyon, Poirier, Launois. — (3e *de Doctorat*) (2e *partie*). A. R.: MM. Grancher, Hutinel, Wurtz.—Oral. N.R. : MM. Dieulafoy, Chantemesse, Thiroloix. — 4e *de Doctorat* A.R.: MM. Pouchet, Gilbert, Thoinot.

VENDREDI 19. — *Dissection.* N. R. : MM. Segond, Poirier, Lejars — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Delens, Gley, Sébileau. — (2e *série*) : MM. Reynier, Rémy, Retterer. — 4e *de Doctorat.* A. R. : MM. Pouchet, Landouzy, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie (1re *série*). : MM. Legueu, Humbert, Jalaguier.— (2e *série*) : MM. Tuffier, Delbet, Walter. — (2e *partie*) : MM. Grancher, Widal, Wurtz. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 20. — 1er *de Doctorat* (1re *partie*) : MM. Farabeuf, Campenon, Retterer. — (2e *série*) : MM. Quénu, Ricard, Faure. — (3e *série*) : MM. Rémy, Thierry, Gley. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Achard, Thiroloix. — (2e *série*) : MM. Hutinel, Ménétrier, Widal. — (1re *partie*). Chirurgie : MM. Richelot, Bouilly, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Debove, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Maygrier, Bon aire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI, 17. — M. Boissier. Périnéorrhapie. — M. Monnam . Contribution clinique au traitement de la tuberculose pulmonaire par le cacodylade de soude.

JEUDI 18. — M. Lassudrie-Duchêne. Pathogénie de l'éclampsie. — M. Pron. Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques. — M. Furet. De la narcolepsie.

Enseignement médical libre.

Technique histologique et histologie. — M. J. JOLLY commencera le mardi 16 avril 1901, au Laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe, rue des Ecoles), une série de conférences pratiques sur la technique histologique et l'histologie. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures.

FORMULES

XXIII. — Dans la variole.

Sirop de sucre	100 grammes.
Ether à 65°	2 —
Alcool à 90°	5 —
Extrait d'opium	0 gr. 05 centigr.
ou bien	
Essence de menthe	II gouttes.
Extrait gommeux d'opium . . .	0 gr. 05 centigr.
Ether sulfurique	2 grammes.
Sirop de sucre	100 —
ou	
Liqueur d'Hoffmann	2 grammes.
Extrait d'opium	0 gr. 05 centigr.
Sirop de sucre	100 grammes.

(*Journal des praticiens.*)

XXIV. — Lavement alimentaire.

Bouillon	140 grammes.
Jaunes d'œufs	N° 6.
Sel marin	2 cuillerées à café.
Vin	20 grammes.
Eau distillée	Q. S. pour 250 c.c.

Battre les œufs au moins cinq minutes. (Tournier.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 17 mars au samedi 23 mars 1901, les naissances ont été au nombre de 1.190 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 442, illégitimes, 157. Total, 599. — *Sexe féminin* : légitimes, 432, illégitimes, 159. Total, 591.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 17 mars au samedi 23 mars 1901, les décès ont été au nombre de 1091, savoir : 572 hommes et 519 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 4, F. 5, T. 9. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 4, F. 2, T. 6. — Rougeole : M. 8, F. 8, T. 16. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 3, F. 5, T. 8. — Diphtérie et Croup : M. 11, F. 6, T. 17. — Grippe : M. 10, F. 17, T. 27. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0, — Autres maladies épidémiques : M. 4, F, 1, T. 5. — Tuberculose des poumons : M. 131, F. 101, T, 234. — Tuberculose des méninges : M. 9, F. 9, T. 18. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 4, T. 12. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 28, F. 30, T. 58. — Méningite simple : M. 11, F. 6, T. 17. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : M. 28, F. 22, T. 50. — Maladie organique du cœur : M. 36, F, 31, T. 67. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 6, T. 14. — Bronchite chronique : M. 10, F. 17, T. 27. — Pneumonie : M. 36, F. 31, T. 67. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 58. F. 60, T. 118. — Affection de l'estomac (cancer exc.) : M. 2, F. 4, T. 6. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 6, F. 4, T. 10; autre alimentation, M. 6, F. 10, T. 16. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 2, F. 0, T. 2. — Hernies, obstruction intestinale : M. 2, F. 5. T. 7. — Cirrhose du foie : M. 2, F. 5, T. 7. — Néphrite et mal de Bright : M. 14, F. 11, T. 25. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 1, F. 5, T. 6. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 15, F. 18, T. 33. — Débilité sénile : M. 16, F. 27, T. 43. — Morts violentes : M. 16, F. 10, T. 26. — Suicides : M. 7, F. 4, T. 11. — Autres maladies : M. 69, F. 52, T. 121. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 12, F. 14, T. 26.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 72, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 24, illégitimes, 13. Total : 37. — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 12, Total : 35.

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE. — *Cours libres. Semestre d'été* 1901. — (Leçons basées sur les découvertes les plus récentes, par le Dr A. DARIER). (Tous les mercredis à 1 h. 1/2 à partir du 17 avril. Amphithéâtre Cruveilhier).

Programme du cours : Banalité de la thérapeutique oculaire jusqu'à ces dernières années. Médicaments nouveaux ouvrant la voie à l'expérimentation thérapeutique basée sur l'observation clinique et les expériences de laboratoire. — *Méthodes de théra-*

peutique générale. La médication mercurielle, son importance, les abus qui en ont été faits Absorption stomacale, frictions, injections hypodermiques, intra-veineuses, sous-conjonctivales. — *Importance de la thérapeutique locale en oculistique.* Des collyres employés dès la plus haute antiquité, leur mode d'action et de pénétration par les voies lymphatiques jusque dans les milieux intra-oculaires et intra-craniens, étudiés au moyen des substances colorantes et des alcaloïdes. Ces derniers peuvent se diviser en modificateurs: 1° de la sensibilité superficielle anesthésique: Cocaïne, eucaïne, holocaïne, etc.; 2° de la sensibilité profonde (analgésiques: acoïne, dionine et autres dérivés de la morphine; 3° modificateurs du tonus vasculaire: dionine, surrénaline; 4° modificateurs du tonus musculaire: mydriatiques, myotiques; 5° modificateurs des sécrétions: astringents, caustiques, topiques divers. — *Des antiseptiques* Difficulté de stériliser le sac conjonctival, asepsie oculaire. — *Traitement des conjonctivites*, Importance du diagnostic bactériologique. Du protargol, de ses immenses avantages sur le nitrate d'argent. — *Traitement de la conjonctivite granuleuse*, son origine infectieuse manifeste: importance du traitement chirurgical. Sulfate de cuivre et sublimé. — *Maladies de la cornée et de la sclérotique.* Traumatismes; importance de l'infection dans la genèse de l'ophtalmie sympathique. — *Maladies de l'iris et du corps ciliaire.* Influence salutaire de la dionine dans l'iritis et dans le glaucome. — *Maladies de la choroïde, de la rétine et du nerf optique.* Importance des injections sous-conjonctivales dans ces maladies.

Concours d'agrégation en médecine. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. F. Bezançon, Gouget, Jeanselme, Legry et Renon, pour *Paris*; de MM. Cabanne et Mongour, pour *Bordeaux*; de M. Patour, pour *Lille*; de MM. Chatin et Courmont, pour *Lyon*; de M. Vedel, pour *Montpellier* et de M. Spillmann, pour *Nancy*.

Hommage au Pr Brouardel. — Les élèves et les amis du Pr Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, désireux de lui offrir sa médaille à l'occasion de son élévation à la dignité de Grand-Officier dans la Légion d'honneur, ont ouvert une souscription à laquelle ils seraient heureux de voir participer le plus grand nombre de leurs collègues. Le Comité constitué à ce propos, a décidé qu'à tout souscripteur de la somme de vingt-cinq francs serait remis un exemplaire de la médaille offerte. Le graveur Roty a bien voulu se charger de l'exécution de celle-ci. La souscription sera close le 1er juillet 1901. Les cotisations doivent être adressées, avec une carte de visite, à M. Pupin, secrétaire de la Faculté de Médecine.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Debets de Lacrouzille (de Périgueux) — M. le Dr Schartow (de Postdam). — M. le Dr Schutze (de Landeck). — M. le Dr Hatzler (de Munich). — M. le Dr Léopold Weifs, professeur à Heidelberg.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. MALOINE,
25, place de l'École-de-Médecine.

Bernheim (S.).— La digitale. Étude clinique, thérapeutique et expérimentale. Brochure in-18 de 64 pages. — Prix. . . . 2 fr.

Bernheim (S.).— La médication ergotée (ergot de seigle, ergotine, ergotinine). Volume in-12 de 196 pages.— Prix. . . 4 fr.

Cosma (G.) et Clinceano.— Traitement du rhumatisme articulaire aigu et subaigu par le salicylate de méthyle administré à l'intérieur. — In-8 de 64 pages. — Prix. . . . . . . 1 fr. 50

Hamonic (P.). — La chirurgie et la médecine d'autrefois, d'après une série d'instruments anciens, renfermés dans mes collections. *Série d'instruments et appareils.* Volume in-4 de xvi-195 pages, avec 487 reproductions d'instruments. — Prix. . 5 fr.

Saint-Hilaire (E.). — La surdi mutité. In-8 de 350 p. 10 fr.

Librairie G. STEINHEIL,
2, rue Casimir-Delavigne.

Luys (G.). — Des blessures des sinus de la dure-mère (sinus longitudinal supérieur et sinus latéral). In-8 de 126 pages, avec 6 planches hors texte.

Sylvius. — Vie, génération, stérilité. Tome IX des *Perversions sexuelles.* In-18 de 238 pages. Prix . . . . . 3 fr. 50

D'Amato (V.). — La cura pratica delle malattia veneree sifiliticha della pelle. In-18 cartonné de 271 pages. — Roma, 1901. — Tipografia Forense.

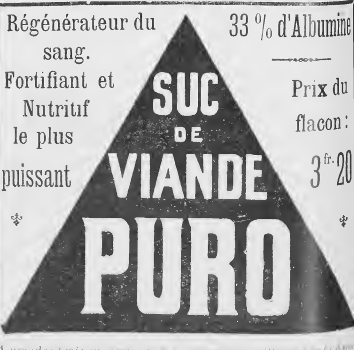
Donath (J.) et Hugolukæcs. — Die elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln unter Curare-Wirkun. In-8 de 10 pages. — Wien, 1900. — Chez l'auteur.

Mouline (L.-E.). — La stérilisation des eaux minérales gazeuses par la chaleur sous pression préalable. In-8 de 20 pages. — Paris, 1900. — Vals-les-Bains

Rieck. — Das Geosot (Guajacol, Valerian. Dr Vendt). In-8 de 19 pages. — Extrait da l'*Allgemeine Medicinische Central Zeitung.*

Rothschild (A.). — Die Diagnose und Therapie des gonorrhoischen Prostatitis. In-8 de 7 pages. — Berlin 1900. — Chez l auteur.

Zuccarelli. — Itituzioni di antropologia criminale illustrate, Parte 1 (2e fascicule caratteri di conformazione dei delinquenti), In-8 de 28 pages. — Napoli, 1900. — Tipografia Melfi e Joele.



Le Rédacteur-Gérant: Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Statistique de l'hôpital Bichat du 1er mars 1900 au 1er mars 1901.

Service de M. Lucien PICQUÉ.

En publiant cette statistique, je tiens à déclarer tout d'abord que je remplis un devoir vis-à-vis le Conseil municipal de Paris et le rapporteur M. Bourneville, qui, le 5 août 1880, a manifesté le désir de voir publier chaque année la statistique de l'hôpital Bichat. Comme beaucoup de mes collègues des hôpitaux, je ne suis guère porté par tempérament, à ce genre de publication même quand elle est de nature à flatter mon amour-propre et à démontrer que les résultats obtenus par moi peuvent être classés près de ceux de nos collègues réputés les plus heureux. Si un document de ce genre peut présenter de l'intérêt au point de vue administratif, son intérêt scientifique est, à mon sens, bien contestable. Le succès d'un chirurgien tient en vérité à trop de causes, et, question d'habileté et d'antisepsie personnelle mise à part, on peut dire que les résultats qu'il obtient sont surtout en rapport avec le milieu dans lequel il opère, et aussi avec l'intelligence et le dévouement de ses aides.

Et c'est pourquoi, si je n'y étais obligé aujourd'hui par un règlement administratif, je me ferais un véritable scrupule de paraître plus heureux qu'un collègue estimé mais placé temporairement dans un milieu défectueux.

Et puis, franchement, rien n'est plus artificiel qu'une statistique. Certains, dans l'intention, très louable d'ailleurs de publier des statistiques *intégrales*, sont conduits à placer, à côté d'opérations graves, des opérations de moindre importance.

Certes, l'intention est louable; mais ne voit-on pas que cette manière de procéder a pour résultat de faire tomber le pourcentage de la mortalité générale. Toutes ces raisons, et bien d'autres encore m'ont toujours écarté de ce genre de publication qui n'a, je l'avoue, qu'un seul avantage à mes yeux, celui d'éclairer des collègues qui de très bonne foi sans doute vous attribuent des mortalités fantastiques. En établissant cette statistique, et pour ne pas tomber dans l'écueil que je signalais plus haut, j'ai procédé de la façon suivante.

Ma statistique est intégrale en ce qu'elle comprend scrupuleusement tous les cas de morts. Mais dussé-je passer pour un mauvais statisticien, mon amour de l'intégralité ne va pas au delà et je ne mettrai en série aucun des cas de petite chirurgie qui ne nécessitent pas l'anesthésie générale. Le lecteur m'excusera donc de cette lacune, en tenant compte de mon désir de ne pas trop voiler, par ce procédé, le chiffre de ma mortalité.

Service de la policlinique. — Depuis plusieurs années, mon prédécesseur à l'hôpital Bichat avait annexé à son service une policlinique externe, sur le modèle de celles qui fonctionnent à l'étranger, mais ce service n'avait pas de reconnaissance officielle, et son fonctionnement n'était assuré que par des concours bénévoles.

Dès mon arrivée, je constatai combien il était nécessaire de lui donner une plus grande extension. L'hôpital Bichat comporte, en effet, une circonscription considérable formée par les Grandes-Carrières, Saint-Ouen, les Epinettes, Villetaneuse et Epinay. Le service de chirurgie est unique et il est relativement petit; il en résulte un encombrement considérable et aussi l'impossibilité d'hospitaliser tous les malades. Il était donc indispensable, dans ces conditions, d'instituer une sorte de service externe, où les malades pouvant marcher, puissent venir facilement suivre un traitement externe. Le service des salles se trouve dès lors désencombré d'autant, par la policlinique, qui en est en quelque sorte le prolongement.

A ma demande et sur un rapport favorable de mon collègue le Dr Brun, ce service a reçu une consécration officielle du Conseil de surveillance de l'Assistance publique (arrêté du 18 mars 1900).

Des assistants désignés par moi ont été nommés par l'administration : M. Chevalier, chirurgien des hôpitaux (voies urinaires); M. Mauclaire, chirurgien des hôpitaux (gynécologie); M. Laurens, ancien interne des hôpitaux (nez, oreille, larynx); M. Sauvineau, ancien interne des hôpitaux (ophthalmologie); M. Lebon, ancien interne des hôpitaux (électrothérapie et radiographie). Grâce à cette reconnaissance officielle, la policlinique

rend les plus grands services à la population nombreuse qui habite la circonscription et les consultations faites avec une grande régularité par un personnel compétent ont eu dès cette année le plus grand succès. C'est pour moi un devoir et un plaisir de constater que le chiffre des malades y a augmenté dans une très notable proportion et de rendre un hommage mérité à mes collaborateurs.

Service hospitalier. — Les désiderata nombreux du service, en partie signalés par mon prédécesseur, ont déjà été indiqués par moi à la Société de Chirugie en 1900.

L'encombrement des salles a trouvé une partie de sa solution dans l'organisation de la policlinique. La question de la séparation des malades infectés avait préoccupé depuis longtemps mon prédécesseur (voir Terrier, Soc. de Chir., 1900.)

Je suis heureux de dire que c'est à l'initiative de M. Gory, inspecteur général, que je dois la réforme importante que je sollicitais depuis mon arrivée à l'hôpital. Je l'en remercie au nom de tous mes malades. J'avais été frappé, à mon arrivée à Bichat, du nombre considérable de puerpuérales infectées en traitement dans mes salles. Le nombre s'était élevé un jour au chiffre de 14. Comprenant le danger qui pouvait en résulter pour nos opérées, dans une salle où nous avons eu parfois dans le courant de l'année, 18 laparotomies (le pavillon d'isolement étant trop exigu pour les contenir), je résolus de demander à l'administration d'étudier la question et de ne plus admettre dans nos salles cette catégorie de malades. C'est ce qui motiva la circulaire administrative du 15 octobre 1900, qui prévoit actuellement l'envoi de ces malades dans les services de Cochin et de Boucicaut, où existent des services d'infectés, et dans les services d'isolement des maternités. Je suis heureux pour tous mes collègues des hôpitaux d'avoir pu obtenir, grâce au concours aimable de l'administration, un si important résultat.

Grâce à M. Napias, directeur général, grâce aussi aux bons offices de M. Auber, directeur de l'hôpital, des améliorations importantes ont été réalisées dans le service des salles opératoires. L'eau ordinaire non stérilisée de la salle d'opérations a été enfin supprimée. Nous possédons actuellement un appareil de stérilisation du système Bardy, qui nous donne deux cents litres d'eau chaque matin. Jusqu'alors, les pansements étaient faits dans la salle d'opérations septiques : une salle spéciale de pansement va être installée. D'autres améliorations sont à l'étude, et nul doute que, grâce à la bienveillance de l'Administration, nous n'arrivions à combler, dans un avenir prochain, tous les *desiderata* du service. Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus cette année sont des plus encourageants. La mortalité des opérations gynécologiques a pu être abaissée dans une proportion notable. Depuis le 1er mars (époque du renouvellement du service c'est-à-dire dans une période de douze mois, *aucun cas d'infection post-opératoire n'a été signalé* dans notre service de laparotomie.

Service des consultations. — Nombre total des malades nouveaux admis aux différentes consultations :

Consultation de gynécologie. — La consultation de gynécologie fonctionne depuis le 25 décembre 1899. Du 1er mars 1900 au 1er mars 1901, on y a examiné 612 malades nouvelles.

Consultation d'ophtalmologie. — La consultation n'a été véritablement réorganisée que depuis le 17 décembre 1900. Depuis cette époque, on y a examiné 32 malades nouveaux.

Consultation de laryngologie. — La consultation de laryngologie fonctionne depuis le 1er mars 1900. Il y est venu 302 malades nouveaux.

Consultation des maladies des voies urinaires. — La consultation fonctionne depuis le 1er mars 1900, 82 malades nouveaux y ont été examinés.

Electrothérapie. — 52 malades se sont présentés à la consultation.

Paralysie infantile	6
Paralysie faciale	7
Paralysie traumatique du nerf médian	2
Paralysie traumatique du nerf radial	3
Paralysie saturnine	7
Amyotrophie réflexe d'origine traumatique	5
Peri-arthrite scapulo-humérale	8
Hemiplégie	4
Tabes	2
Polynévrite	2
Myopathie progressive	1
Acroparesthésie	1
Maladie de Basedow	1
Neurasthénie	1
Nœvi vasculaires	2
Total	52

Le nombre des séances d'électrothérapie n'a pas été noté. Le service n'a fonctionné d'une façon régulière qu'à partir du 1er août. Les malades venaient : les uns directement du dehors ; les autres de la consultation de médecine et des services médicaux de l'hôpital; d'autres enfin des divers hôpitaux, en particulier de Beaujon. Le nombre des malades pourrait augmenter considérablement si le laboratoire d'électrothérapie disposait d'un matériel suffisant.

Radiographie. — Installation très incomplète. 91 malades. 101 radiographies. Les malades viennent du service de chirurgie, de la consultation de chirurgie, des autres hôpitaux ; ces derniers ont été en petit nombre.

Fractures des métacarpiens	2
Fractures des os de l'avant-bras	2
Fractures de l'olecrâne	3
Fractures de l'humérus	3
Fractures de la clavicule	[illegible]
Fractures du col du fémur	2
Fractures du fémur	2
Fractures de la rotule	2
Fractures du péroné	1
Fractures des os de la jambe	3
Fractures malléolaires	3
Fractures de l'extrémité inférieure du radius	2
Fractures du 2e métatarsien	1
Luxation du semi-lunaire	1
Luxation du coude	1
Luxation de l'épaule	5
Luxation congénitale double des 2 rotules	1
Luxation de l'astragale	1
Corps étrangers de la main	17
Corps étrangers de l'avant-bras	1
Corps étranger du crane (balle de revolver)	1
Corps étrangers de la région cervicale (balle de revolver)	2
Corps étranger de la cuisse (balle de revolver)	1
Corps étranger des jambes (balle de revolver)	1
Corps étranger de la région du genou	1
Corps étranger du pied	1
Corps étranger de l'œsophage [illegible]	1
Corps étranger de l'œsophage ([illegible]	1
Corps étranger de l'œsophage (pièce de monnaie)	1
Balle revolver (poitrine)	1
Lésion tuberculeuse du calcanéum	1
Lésion tuberculeuse de l'extrémité inférieure du radius	1
Exostose du calcaneum	1
A reporter	70

Report.	70
Mal perforant plantaire	1
Osteo-myélite du tibia	1
Genu valgum	2
Divers	17
Total	91

Parmi les 17 derniers se trouvent des contusions simples : rhumatisme chronique, 1; ankylose articulation tibio-tarsienne, 1; fracture suppurée du maxillaire inférieur, 1; fistule du sinus maxillaire supérieur, 1, etc.

Les examens radiographiques à l'écran n'ont pas été notés. Ces examens ont été nombreux et faits pour la consultation de médecine et les services de médecine de l'hôpital, ainsi que pour le service de chirurgie.

OPÉRATIONS

FAITES AVEC L'AIDE DE MM. MAUCLAIRE, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de Médecine; CHEVALIER, chirurgien des hôpitaux; LAURENS, SAUVINEAU, anciens internes des hôpitaux, et de MM. GRÉGOIRE, MENET, NOLLET, VINSONNEAU, internes du service.

Opérations sur le crâne et la face.
(21 opérations. — 0 mort.)

1 ablation d'un kyste dentaire. — 1 guérison. (Picqué.)
1 ablation d'un sarcome de la région sous-maxillaire. — 1 guérison (Picqué.)
2 ablations de cancroïdes de la face. — 2 guérisons. (Picqué. Nollet).
2 ablations de cancroïdes de la lèvre inférieure avec extirpation des ganglions sous-maxillaires. — 2 guérisons. (Menet. Vinsonneau).
3 Résections du maxillaire supérieur pour osteo-sarcome. — 3 guérisons (Picqué (2). Mauclaire.)
1 ablation d'un papillome de la région sourcilière. — 1 guérison. (Grégoire.)
2 trépanations de la mastoïde. — 2 guérisons. (Grégoire. Mauclaire.)
1 intervention opératoire pour mastoïdite de Von Bezold. — 1 guérison. — (Menet.)
1 curettage du sinus maxillaire. — 1 guérison. (Picqué.)
1 ablation d'un papillome du nez. — 1 guérison. (Menet.)
1 ablation d'un papillome de la paupière inférieure. — 1 guérison. (Vinsonneau.)
1 ablation de végétations adénoïdes du pharynx nasal. — 1 guérison. (Mauclaire.)
1 incision de phlegmon du cuir chevelu. — 1 guérison. (Grégoire.)
3 incisions de parotidites suppurées. — 3 guérisons). (Menet (2). Nollet.)
1 extirpation d'un cancer de la langue. — 1 guérison opératoire. Picqué.)

Opérations sur le cou.
(18 opérations. — 1 mort.)

4 incisions d'adéno-phlegmons du cou. — 4 guérisons. (Picqué. Grégoire (2). Menet.)
3 incisions d'anthrax de la nuque. — 3 guérisons. (Grégoire (2). Nollet.)
7 cures opératoires d'adénites tuberculeuses du cou. — 7 guérisons. (Picqué. Gregoire. Menet (4). Nollet.)
1 œsophagotomie externe pour corps étranger. — 1 *mort.* (Mauclaire.)
1 thyroïdectomie partielle pour goitre. — 1 guérison. (Picqué.)
1 grenouillette. Excision de la poche. — 1 guérison. (Mauclaire.)
1 ablation d'un lipome du creux sus-claviculaire. — 1 guérison. (Menet.)

Opérations sur le thorax et la colonne vertébrale.
(39 opérations. — 3 morts.)

2 interventions opératoires pour plaies pénétrantes de poitrine. — 1 guérison. (Gregoire). 1 *mort.* (Nollet.)
1 intervention pour plaie non pénétrante de poitrine. — 1 guérison. (Vinsonneau.)
4 opérations d'empyème avec résection costale pour pleurésies purulentes. — 4 guérisons. (Mauclaire. Grégoire. Nollet (2.)
1 opération d'empyème sans résection costale. — 1 guérison. (Menet.)
1 résection costale pour fistule consécutive à une pleurésie purulente. — 1 guérison. (Mauclaire.)
7 interventions pour tuberculose costale suppurée. — 7 guérisons. (Mauclaire. Gregoire (3). Menet. Nollet. Vinsonneau.)
2 abcès par congestion, suite de mal de Pott. Incision et grattage. — 1 guérison. (Menet.) 1 *mort.* (Vinsonneau.)
1 ablation d'un lipome du dos. — 1 guérison. (Grégoire.)
4 incisions d'abcès du sein. — 4 guérisons. (Grégoire.)
incisions multiples pour phlegmon du dos. 1 *mort.* (Menet.)
6 ablations du sein pour cancer. — 6 guérisons. (Picqué (3). Mauclaire. Grégoire (2).
4 interventions pour récidive de cancer du sein. — 4 guérisons. (Picqué.)
1 incision de phlegmon de la région sternale. — 1 guérison. (Nollet.)
2 incisions et curettages d'abcès froids de région dorsale supérieure. — 2 guérisons (Picqué. Nollet.)
1 Curettage d'un trajet fistuleux de la region sacrée. — 1 guérison. (Grégoire.)

Opérations sur l'abdomen.
(88 opérations. — 7 morts.)

34 cures opératoires de hernies inguinales. 34 guérisons. (Picqué. Mauclaire. Grégoire (4). Menet (15). Nollet (5). Vinsonneau (8).
1 cure opératoire de hernie inguinale avec résection de l'appendice. — 1 guérison. (Menet.)
2 cures opératoires de hernies crurales. — 2 guérisons (Picqué. Grégoire.)
1 cure opératoire de hernie ombilicale. — 1 guérison. (Picqué.)
4 laparotomies exploratrices :
2 pour suppuration pelvienne avec avec fusion intime des anses intestinales. 2 guérisons. (Picqué.)
1 pour néoplasme de l'ovaire avec généralisation péritonéale. — 1 guérison opératoire. (Picqué.)
1 pour néoplasme diffus de l'estomac. — 1 guérison opératoire. (Picqué.)
1 ablation d'un lipome de la paroi abdominale. — 1 guérison. (Grégoire.)
1 jéjunostomie pour cancer de l'estomac. — 1 *mort.* (Mauclaire.)
1 gastro-entérostomie (procédé de Von Hacker. — 1 guérison. (Picqué.)
5 gastrostomies :
3 pour cancer de l'œsophage. — 3 guérisons opératoires. (Mauclaire. Grégoire. Menet.)
2 pour rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, symptomatiques d'œsophagite chronique sténosante. — 2 guérisons. (Mauclaire.)
1 large pylorectomie pour néoplasme ou linite plastique de l'estomac. — 1 guérison. (Mauclaire.)
5 incisions d'appendicites suppurées. — 4 guérisons. (Picqué (3). Vinsonneau.) — 1 *mort.* (Grégoire.)
2 laparotomies pour appendicite avec péritonite généralisée. — 1 *mort.* (Nollet.) — 1 guerison (Picqué.)
1 cœlpotomie pour péritonite généralisée consécutive à une appendicite. — 1 *mort.* (Gregoire.)
1 laparotomie pour péritonite généralisée d'origine inconnue. — 1 *mort.* (Picqué.)
8 résections à froid de l'appendice. — 8 guérisons. (Picqué (6). Mauclaire (2).
1 Incision d'abcès du foie. — 1 guérison. (Menet.)
3 Interventions opératoires pour kystes hydatiques du foie. — 1 guérison (Picqué.) — 2 *morts.* (Picqué. Mauclaire.)
1 cholecystectomie pour cholecystite suppurée. — 1 guérison. (Mauclaire.)
1 fermeture de fistule biliaire. Cholécystectomie. — 1 guérison. (Picqué.)
1 Incision d'un phlegmon diffus de la paroi abdominale. — 1 guérison. (Picqué.)
1 Incision d'abcès froid de la crête iliaque avec grattage. — 1 guérison. (Vinsonneau.)
1 incision d'abcès du psoas-iliaque. — 1 *mort.* (Mauclaire).
1 laparotomie sous-péritonéale pour suppuration de la fosse iliaque. — 1 guerison. (Picqué.)
1 ablation d'un épithélioma ulceré de la paroi abdominale. — 1 guerison. (Picqué.)
3 cures operatoires d'éventration. — 3 guérisons. (Picqué (2). Mauclaire.)
3 laparotomies pour péritonites tuberculeuses. — 3 guérisons opératoires. (Picqué.)
4 fermetures de fistules stercorales. — 3 guérisons. (Picqué.) — 1 *mort.* (Picqué.)

Opérations sur l'anus et le rectum.
26 opérations. — 0 mort.

1 incision d'un abcès péri-ano-rectal. — 1 guérison. (Vinsonneau.)
13 cures opératoires de fistules anales. — 13 guérisons. (Grégoire (3). Menet (5). Nollet (2). Vinsonneau (3).
11 cures opératoires d'hémorroïdes. — 11 guérisons. (Picqué (2). Mauclaire. Grégoire. Menet (2). Nollet. Vinsonneau (4).
1 ablation d'un polype du rectum — 1 guérison. (Grégoire)

Opérations sur les organes génitaux de la femme.
162 opérations. — 6 morts.

16 ablations bilatérales des annexes pour lésions suppurées. — 14 guérisons. (Picqué (8). Mauclaire (2). Grégoire (4). — 2 *morts*. (Picqué. Mauclaire.)
3 ablations bilatérales des annexes pour lésions non suppurées. 3 guérisons. (Picqué. Mauclaire. Grégoire.)
26 ablations unilatérales des annexes pour lésions suppurées. — 26 guérisons. (Picqué (12). Mauclaire (3). Grégoire (10). Menet.)
2 ablations unilatérales des annexes pour lésions non suppurées. — 2 guérisons. (Picqué.)
1 ablation unilatérale des annexes avec résection appendiculaire. — 1 guérison. (Picqué.)
5 ablations de grossesse extra-utérine. — 5 guérisons. (Picqué.)
3 laparotomies pour hématocèles consécutives à des grossesses extra-utérines rompues. — 2 guérisons. (Picqué). — 1 *mort*. (Picqué.)
3 ablations de kystes du ligament large. — 2 guérisons. (Picqué. Mauclaire). — 1 *mort*. (Picqué.)
10 ablations de kystes de l'ovaire. — 10 guérisons. (Picqué (8). Grégoire (2).
1 ablation d'un cancer de l'ovaire. — 1 *mort*. (Picqué.)
1 ablation d'une tumeur solide de l'ovaire. — 1 guérison opératoire. (Picqué.)
2 raccourcissements intra-abdominaux des ligaments ronds. — 2 guérisons (Picqué. Mauclaire.)
2 hystéropexies. — 2 guérisons (Picqué.)
16 hystérectomies pour fibromes, 14 supra-vaginales, 2 abdominales totales. — 16 guérisons. (Picqué 11). Mauclaire (2). Grégoire (3).
2 hystérectomies abdominales totales :
1 pour cancer. — 1 guérison opératoire. (Grégoire.)
1 pour septicémie puerpérale. — 1 guérison. (Picqué.)
18 curettages pour rétention placentaire non infectée. — 18 guérisons. (Grégoire.)
4 curettages avec évacuation et lavage de la cavité utérine infectée. — 3 guérisons. (Grégoire (2). Nollet.) — 1 *mort*. (Grégoire.)
16 curettages pour métrite hémorragique. — 16 guérisons. (Picqué (3). Mauclaire. Grégoire (13).
12 curettages avec amputation du col. — 12 guérisons. (Picqué (2). Mauclaire (2). Grégoire (8).
1 amputation du col pour métrite cervicale hypertrophique. — 1 guérison. (Grégoire)
3 incisions abdominales pour salpingites suppurées. — 3 guérisons Picqué (2). (Mauclaire.)
1 incision abdominale pour hématocèle suppurée. — 1 guérison. (Picqué.)
1 Laparotomie et colpotomie pour pelvi-péritonite d'origine annexielle. — 1 guérison (Grégoire.)
1 cure opératoire d'une large fistule vésico-vaginale. — 1 guérison avec persistance d'une fistulette. (Mauclaire.)
3 colpopérinéorraphies pour prolapsus génitaux. — 3 guérisons. (Picqué (2). Mauclaire).
5 ablations de polypes utérins par la voie vaginale. — 5 guérisons. (Picqué (4). Grégoire.)
1 inversion utérine avec fibrome. Opération de Kustner et énucléation du fibrome. — 1 guérison. (Mauclaire.)

Opérations sur les organes génitaux de l'homme.
(28 opérations. — 0 mort)

8 ligatures atrophiantes du cordon pour tuberculose du testicule (procédé Mauclaire). — 8 guérisons (Mauclaire (5). Menet (2). Vinsonneau.)
2 incisions périnéales d'abcès de la prostate. — 2 guérisons. (Mauclaire. Menet.)
5 opérations de phimosis. — 5 guérisons. (Picqué. Nollet. Vinsonneau (3).
7 cures opératoires d'hydrocèle. — 7 guérisons. (Picqué. Menet 3). Nollet. Vinsonneau.)
1 ablation d'un kyste du cordon. — 1 guérison. (Nollet)
1 cure opératoire de varicocèle. — 1 guérison. (Vinsonneau.)
1 castration pour gangrène spontanée du testicule. — 1 guérison. (Mauclaire.)
2 incisions d'hématomes du cordon. — 2 guérisons. (Menet. Nollet)
1 incision de vaginalite suppurée. — 1 guérison. (Mauclaire.)

Opérations sur les voies urinaires.
(17 opérations. — 1 mort.)

1 uréthrorraphie pour déchirure traumatique de l'urètre. — 1 guérison. (Picqué.)
10 uréthétrotomies internes. — 10 guérisons. (Mauclaire. Menet. Nollet. Vinsonneau (7).
1 cystotomie sus-pubienne. — 1 guérison. (Grégoire.)
1 néphrotomie. — 1 *mort*. (Picqué.)
1 incision d'abcès périnéphrétique. — 1 guérison. (Menet.)
1 périnéorraphie pour fistule urétrale. — 1 guérison (Vinsonneau.)
1 néphropexie. — 1 guérison. (Mauclaire.)

Opérations sur les membres supérieurs.
(23 opérations. — 1 *mort*.)

1 résection de l'articulation du coude pour tumeur blanche. — 1 guérison. (Picqué.)
1 amputation du bras. — 1 guérison (Nollet.)
1 désarticulation du cinquième métacarpien pour tuberculose. — 1 guérison. (Nollet.)
1 amputation de l'index gauche par écrasement de ce doigt. — 1 guérison. (Vinsonneau)
2 sutures de tendons — 2 guerisons. (Menet.)
3 réductions sous chloroforme de luxations de l'épaule. — 3 guérisons. (Menet. Nollet (2).
5 incisions de phlegmon du membre supérieur. — 5 guérisons. (Grégoire Menet (2). Nollet Vinsonneau.)
1 grattage de l'articulation scapulo-humérale pour tumeur blanche. — 1 guérison (Nollet)
2 grattages de l'articulation radio-carpienne pour tumeur blanche. — 2 guérisons. (Menet. Nollet.)
1 ablation de synovite tuberculeuse de la gaine des extenseurs. — 1 guérison. (Mauclaire.)
1 intervention pour fracture compliquée de l'avant-bras. — 1 *mort*. (Nollet.)
1 suture osseuse pour fracture de la clavicule. — 1 guérison. (Vinsonneau.)
1 suture osseuse pour fracture du cubitus. — 1 guérison. (Vinsonneau.)
1 intervention opératoire pour écrasement de la main. — 1 guérison. (Vinsonneau.)
1 intervention opératoire pour plaie du poignet avec ouverture de l'articulation radio-carpienne. — 1 guérison. (Menet.)

Opérations des membres inférieurs.
(67 opérations. 2 morts)

1 intervention opératoire pour écrasement des deux pieds. — 1 guérison. (Menet et Nollet.)
2 greffes de Thiersh. — 2 guérisons. (Grégoire. Menet.)
2 interventions pour fractures compliquées du membre inférieur. — 2 guérisons. (Grégoire. Nollet.)
4 cerclages pour fracture de la rotule. — 4 guérisons. (Picqué (2). Menet. Vinsonneau.)
3 incisions d'hygromas suppuré du genou. — 3 guérisons. (Grégoire. Vinsonneau (2).
3 ablations d'hygromas non suppurés du genou. — 3 guérisons. (Grégoire (2). Menet.)
1 incision d'adénite inguinale suppurée. — 1 guérison. (Grégoire.)
4 ablations d'adénites inguinales tuberculeuses. — 4 guérisons. (Grégoire (2). Menet. Nollet.)
1 incision et grattage d'abcès froid de la fesse. — 1 guérison. (Grégoire)
14 incisions de phlegmons du membre supérieur. — 14 guérisons. (Picqué (2). Grégoire (4). Menet Nollet (2). Vinsonneau (5).
1 intervention pour fracture bi-malléolaire compliquée. — 1 guérison. (Vinsonneau.)
2 interventions pour ostéomyelite aiguë du tibia. — 2 guérisons. (Nollet.)
1 intervention pour ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur. — 1 guérison. (Menet.)
1 intervention pour foyers multiples d'ostéomyélite aiguë. — 1 guérison. (Grégoire.)
2 trépanations pour ostéomyélite chronique du fémur et du tibia. — 2 guerisons. (Picqué. Vinsonneau).
1 résection du genou pour tumeur blanche. — 1 guérison. (Mauclaire)
2 amputations de cuisse. — 2 guérisons. (Menet. Vinsonneau.)
2 amputations de jambe pour écrasement total. 2 *morts*. (Mauclaire. Grégoire.)

1 désarticulation d'un orteil en marteau. — 1 guérison. (Grégoire.)
1 désarticulation du premier orteil et de son métatarsien pour tuberculose. — 1 guérison. (Menet.)
1 grattage de l'articulation fémoro-tibiale pour tuberculose. — 1 guérison. (Picqué.)
1 ablation d'un kyste synovial d'un tendon extenseur des orteils. — 1 guérison. (Picqué.)
1 ostéotomie double pour fracture bi-malléolaire avec consolidation vicieuse. — 1 guérison. (Nollet.)
1 ablation d'un papillome du mollet. — 1 guérison. (Menet.)
1 incision et curettage d'un trajet fistuleux d'ostéomyélite suppurée ancienne. — 1 guérison. (Picqué.)
6 arthrotomies du genou :
  2 pour hémarthroses. — 2 guérisons. (Vinsonneau.).
  4 pour arthrites suppurées, — 4 guérisons. (Picqué. Mauclaire. Grégoire. Menet.)
1 suture osseuse pour pseudarthrose du fémur. — 1 guérison. (Mauclaire.)
1 grattage de la rotule pour tuberculose. — 1 guérison. (Picqué.)
1 grattage du péroné pour tuberculose de cet os. — 1 guérison. (Vinsonneau.)
2 opérations de Mac-Ewen pour genu vulgum bilatéral. — 2 guérisons. (Mauclaire.)
2 résections de dilatations ampullaires variqueuses de l'embouchure de la saphène interne. — 2 guérisons. (Picqué.)
1 extirpation de varices du membre inférieur. — 1 guérison. (Grégoire.)

Opérations pratiquées par M. le Dr CHEVALIER, *chirurgien des hôpitaux.*

1 lithotritie pour calcul vésical. — 1 guérison.
1 néphrotomie pour pyonéphrose. — 1 guérison.
1 cure opératoire d'épispadias. — 1 guérison.

Opérations pratiquées par M. le Dr LAURENS, *ancien interne des hôpitaux.*

2 évidements pétro-mastoïdiens. — 2 guérisons.

Exposé des causes de mort.

Œsophagotomie externe pour corps étrangers (os.). — Vieillard très affaibli (68 ans) présentant de l'œsophagite phlegmoneuse avec régurgitations muco-purulentes fétides. La radiographie indique l'existence retrosternale du corps étranger. Avant l'intervention, tentatives infructueuses d'extraction avec le panier de de Graeffe. — L'ouverture œsophagienne et le cathétérisme ne permettent pas de découvrir le corps étranger. — Mort la nuit même dans le coma. — A l'autopsie, on ne trouve pas le corps étranger (la substance corticale rénale est presque complètement atrophiée. Mauclaire.)

Pleurotomie et évacuation d'un hémothorax consécutif à une plaie pénétrante de la poitrine. Le liquide sanguin avait déjà subi un début de transformation purulente. Mort le neuvième jour de septicémie pleurale. (Nollet.)

Incision d'un abcès par congestion, suite de mal de Pott. — Un mois après l'intervention, morte de cachexie. Quelque temps avant sa mort, la malade avait présenté une pleurésie purulente avec liquide très abondant. La famille refusant d'abord l'opération de l'empyème n'y avait consenti que tardivement, et l'empyème fut pratiqué la malade étant *in extremis.* (Vinsonneau.)

Incisions multiples pour phlegmon du dos.— Vieillard cachectique et profondément infecté présentant un vaste phlegmon de la région dorsale. Mort le lendemain de l'intervention : Continuation des accidents septicémiques. (Menet.)

Jéjusnostomie. — Homme très affaibli. Mort le dixième jour de cachexie néoplasique. (Mauclaire.)

Incision d'appendicite suppurée. — Morte le quinzième jour de septicémie et broncho pneumonie. (Grégoire.)

Laparatomie pour appendicite avec péritonite généralisée. — Mort quelques heures après l'intervention : continuation des accidents septicémiques. (Nollet.)

Colpotomie pour péritonite généralisée d'origine appendiculaire. — Morte quelques heures après l'intervention : continuation des accidents septicémiques. (Grégoire.)

Laparotomie pour péritonite généralisée d'origine inconnue. — Morte le cinquième jour : continuation des accidents péritonitiques. (Picqué.) Pas d'autopsie.

Incision d'un abcès du psoas iliaque. — Malade présentant tous les phénomènes de septicémie (carphologie, subdélire, etc.). Mort le deuxième jour : continuation des accidents. A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion capable d'expliquer l'origine de cette psoïte. (Mauclaire.)

Fermeture de fistule stercorale ombilicale. — Suture de l'intestin très laborieuse. Morte le sixième jour de péritonite généralisée A l'autopsie, on constate que la suture intestinale a cédé en un point. (Picqué.)

1° *Intervention pour kystes hydatiques* (incision et marsupialisation). — Mort le deuxième jour. A l'autopsie, il existe des kystes hydatiques multiples du foie.

2° *Intervention pour kystes hydatiques du foie* (incision et marsupialisation). — Mort le lendemain de l'opération avec des phénomènes urémiques. A l'autopsie, il existe des kystes hydatiques multiples.

Ablation bilatérale des annexes pour lésions suppurées avec fièvre. — Morte le quatorzième jour : continuation des accidents péritonitiques. (Picqué.)

Ablation bilatérale des annexes pour lésions suppurées avec fièvre. — Morte le quatrième jour : continuation des phénomènes péritonitiques. (Mauclaire.)

Laparotomie pour hématocèle consécutive à une grossesse extra-utérine rompue. — Malade ayant subi antérieurement avec succès l'extirpation d'un polype utérin gangréné. Rentré deux mois après dans le service avec une énorme tumeur abdominale, très affaiblie et profondément infectée. Laparotomie. — Des caillots sanguins putrides emplissaient toute la cavité abdominale, agglutinant les anses intestinales marquant les viscères. Ablation de la plus grande quantité possible de ces caillots, mais on ne peut en enlever la totalité et l'opération reste forcément incomplète. Température élevée avant l'intervention. Morte le jour même : continuation des accidents septicémiques.

Ablation d'un kyste inclus dans le ligament large. — Extirpation très laborieuse. Morte le lendemain, d'hémorragie. (Picqué.)

Ablation d'un cancer de l'ovaire. — Néoplasme très volumineux et adhérent. Malade très affaiblie et cachectique. Opération forcément incomplète. Une partie de néoplasme adhérent aux vaisseaux iliaques est abandonnée. Morte subitement le troisième jour après l'opération. (Picqué.)

Curettage avec évacuation et lavage de la cavité utérine infectée. — Morte le troisième jour : continuation des accidents septicémiques (Grégoire.)

Néphrotomie pour pyonéphrose tuberculeuse.— Malade âgé (60 ans) et cachectique. Mort le lendemain subitement. (Picqué.)

Intervention pour fracture compliquée de l'avant-bras. — Malade entré pour une fracture compliquée de l'avant-bras. Quelques jours après son entrée, le foyer de fracture s'infecte. Résection des fragments. Mort le sixième jour : septicémie. (Nollet.)

Amputation de jambe pour gangrène sénile. — Femme âgée et cachectique ne pouvant supporter une opération régulière ; on se contente de sectionner l'os dans le sillon d'élimination. Morte le cinquième jour : cachexie. (Grégoire.)

Amputation de jambe pour ostéomyélite aigue de tout le tibia. — Morte le sixième jour. Avant sa mort, la malade avait présenté des foyers multiples d'ostéomyélite et de parotidite, et sa famille avait refusé toute intervention. (Mauclaire.)

CHAPITRE II

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS D'URGENCE

4 trépanations. — 4 *morts* (Mauclaire.)
1 incision de parotidite suppurée. — 1 guérison. (Menet.)
1 intervention opératoire pour plaie pénétrante de poitrine. — 1 guérison. (Mauclaire.)
1 trachéotomie pour tuberculose du larynx. — 1 guérison. (Vinsonneau.)
10 kélotomies pour hernies inguinales étranglées. — 8 guérisons. (Mauclaire. Menet. Nollet (2). Vinsonneau (4). 2 *morts* (Menet. Vinsonneau.)
10 kélotomies pour hernies crurales étranglées. — 6 guérisons. (Picqué. Grégoire (2). Menet (2). Vinsonneau.) — 4 *morts*, (Picqué. Mauclaire. Vinsonneau (2).
1 kélotomie avec entérectomie et entéronaphie pour hernie crurale étranglée. — 1 *mort.* (Menet.)
2 kélotomies pour hernies ombilicales étranglées. — 1 guérison. (Menet.) — 1 *mort* (Nollet.)
4 laparotomies pour contusion de l'abdomen. — 3 guérisons. (Mauclaire, Menet (2). 1 *mort.* (Mauclaire.)
1 kélotomie pour hernie crurale contenant une portion étranglée de la vessie. — 1 guérison. (Menet.)
2 laparotomies exploratrices :
  1 pour dilatation intestinale ayant simulé un pyo-pneumothorax sous-phrénique. — 1 *mort.* (Mauclaire.)
  1 pour thrombose de la veine grande mésaraïque ayant simulé une occlusion intestinale. — 1 *mort.* (Menet.)
1 laparotomie pour plaie de l'abdomen avec blessure de la rate. — 1 *mort.* (Mauclaire.)
1 gastrostomie pour cancer de l'œsophage. — 1 *mort.* (Mauclaire.)
3 incisions pour appendicites suppurées. — 1 guérison. (Grégoire) 2 *morts.* (Mauclaire.)

1 laparotomie pour appendicite avec péritonite généralisée. — 1 *mort.* (Nollet.)
3 laparotomies pour péritonites généralisées. — 3 *morts.* (Grégoire.)
2 laparotomies pour occlusion intestinale. — 2 *morts.* (Grégoire.)
3 curettages avec évacuation et lavage de la cavité utérine infectée. — 2 guérisons (Grégoire.) 1 *mort.* (Grégoire.)
1 curretage pour môle hydatiforme. — 1 guérison. (Mauclaire.)
1 incisions multiples périnéales pour infiltration d'urine. — 1 *mort.* (Grégoire.)
2 amputations du bras, — 2 guérisons. (Grégoire. Vinsonneau.)
1 incision de phlegmon du membre supérieur. — 1 *mort.* (Grégoire.)
1 désarticulation du genou. — 1 guérison. (Vinsonneau.)
1 amputation de cuisse. — 1 *mort.* (Vinsonneau.)
1 ligature sous-péritonéale de l'iliaque interne pour plaie de la région profonde de la fesse avec hémorragie abondante. — 1 guérison. (Mauclaire.)
1 incision pour infiltration d'urine. — 1 guérison. (Vinsonneau.)

Exposé des causes de mort.

4 *Trépanations* ont donné 4 morts : *Première trépanation* pour plaie par balle de revolver de la région temporale droite. Mort le quatrième jour avec des phénomènes de méningo-encéphalite. (Mauclaire.) — *Deuxième trépanation.* Diagnostic porté pendant la vie : abcès cérébral d'origine otitique. Pendant l'opération, on ne découvre pas d'abcès, mais il existe de la méningite suppurée diffuse. Mort le huitième jour. (Mauclaire.) — *Troisième trépanation.* Diagnostic porté pendant la vie : Tumeur cérébrale. Mort le deuxième jour dans le coma. A l'autopsie, pas de tumeur mais un foyer ancien de ramollissement. (Mauclaire.) — *Quatrième trépanation.* Coup de feu tiré dans la bouche. Phénomènes de méningo-encéphalite avant l'opération. Mort le deuxième jour. (Mauclaire.)

2 *kélotomies pour hernies inguinales étranglées* ont donné 2 morts. — *Première kélotomie.* Etranglement ancien. Sphacèle avec perforation de l'anse étranglée. Etablissement d'un anus artificiel. Mort le troisième jour de péritonite. (Menet.) — *Deuxième kélotomie.* Plaque de sphacèle au niveau de l'anse herniée. Enfouissement de la plaque. Réduction de l'anse. Mort subitement. (Vinsonneau.)

4 *kélotomies pour hernies crurales étranglées* ont donné 4 morts. — *Première kélotomie.* Kélotomie d'urgence : étranglement ancien. Morte le quatorzième jour subitement, probablement d'embolie, la malade étant apyrétique. (Picque.) — *Deuxième kélotomie.* Mort le deuxième jour : Continuation des accidents péritonitiques (Vinsonneau.) — *Troisième kélotomie.* Mort le troisième jour de broncho-pneumonie. (Mauclaire.). — *Quatrième kélotomie.* Morte le cinquième jour. Le jour même de la mort, en raison des phénomènes d'occlusion que présentaient la malade, deuxième intervention qui permet de constater l'existence d'une hernie rétropéritonéale étranglée avec sphacèle de l'intestin (Vinsonneau.)

1 *Kélotomie avec entérectomie et entérorraphie pour hernie crurale étranglée.* Mort le deuxième jour de péritonite. (Menet.)

1 *Kélotomie pour hernie ombilicale étranglée.* Mort le troisième jour avec des phénomènes infectieux et de la broncho-pneumonie. (Nollet.)

1 *Laparotomie pour contusion de l'abdomen* (coup de pied de cheval.) A l'opération, on constate une déchirure du mésentère qui est suturée et pas de lésion intestinale. Mort le troisième jour. A l'autopsie, péritonite généralisée consécutive à la chute d'une escarre intestinale consécutive à la lésion mésentérique. (Mauclaire.)

1 *Laparotomie exploratrice.* Diagnostic porté pendant la vie (service du docteur Talamon), pyo-pneumothorax sous-phrénique. A l'opération, pas de pyo-pneumothorax. Mort la nuit même par continuation des accidents. A l'autopsie, pas de péritonite, mais dilatation excessive des anses intestinales et tuberculose du rein droit. (Mauclaire.)

1 *Laparotomie exploratrice.* Diagnostic porté. Occlusion intestinale. Laparotomie. Recherche infructueuse de la cause de l'occlusion. Evacuation d'une grande quantité d'ascite sanguinolente. Etablissement d'un anus iliaque. Mort cinq heures après l'intervention par continuation des accidents. A l'autopsie, on constate une thrombose de la veine grande mésaraïque. (Menet.)

1 *Laparotomie pour plaie de l'abdomen.* — Constatation d'une blessure de la rate. Chloroforme très difficile, les anses intestinales sont continuellement poussées au dehors, et on ne peut pratiquer la splénectomie projetée. Mort quelques jours après l'hémorragie. (Mauclaire.)

1 *Gastrotomie pour cancer de l'œsophage.* — Homme âgé (66 ans), très affaibli, cachectique, absolument squelettique. Gastrostomie d'urgence. Mort le deuxième jour. (Mauclaire.)

Incision pour appendicite suppurée. — Mort le troisième jour. Continuation des phénomènes péritonéaux. (Mauclaire.)

Incision pour appendicite suppurée. — Mort le deuxième jour. Continuation des accidents péritonéaux. (Mauclaire.)

Laparotomie pour appendicite avec péritonite généralisée. — Morte le sixième jour. Continuation des accidents péritonéaux. (Nollet.)

2 *Laparotomies pour péritonite généralisée consécutive à une perforation d'ulcère stomacal* ont donné deux morts, l'une le deuxième, l'autre le cinquième jour après l'intervention qui avait permis de trouver et de suturer la perforation, par continuation des accidents péritonéaux. (Grégoire.)

1 *Laparotomie pour péritonite généralisée consécutive à une rupture de pyosalpinx.* — Morte le lendemain de l'intervention par continuation des accidents (Grégoire.)

Curettage avec évacuation et lavage de la cavité utérine infectée. — Morte le lendemain de l'intervention. A l'autopsie, péritonite généralisée consécutive à une double perforation du cul-de-sac postérieur faite dans un but abortif avec une aiguille à tricoter. (Grégoire.)

Incisions multiples pour infiltration d'urine. — Mort le deuxième jour : continuation des accidents septicémiques. (Grégoire.)

Incision de phlegmon du membre supérieur. — Après l'incision, il s'écoule seulement de la sérosité sanguinolente contenant du streptocoque en culture prise (examen fait par M. Dévé, interne de M. le Dr Talamon). Mort le lendemain : continuation des accidents septicémiques.

Amputation de cuisse pour broiement du membre inférieur. — Mort le lendemain de septicémie. (Vinsonneau.) La malade avait refusé l'intervention le premier jour, opérée le lendemain *in extremis.*

En terminant, nous tenons à revenir sur un point, point capital de notre statistique : *depuis le 1er mars 1900 jusqu'au 1er mars 1901, nous n'avons pas eu un seul décès pour infection opératoire.* Nous nous permettrons aussi d'appeler l'attention sur les résultats que nous ont fournis les opérations de gynécologie. Sur 260 interventions, nous n'avons eu que six décès — chiffre très faible, puisque le pourcentage de la mortalité ne s'élève pas à 4 0/0. Et notamment 16 hystérectomies pour fibromes utérins nous ont donné 16 succès, 10 ablations de kystes de l'ovaire nous ont fourni 10 guérisons, et enfin 53 castrations annexielles ont donné seulement deux décès, et encore dans ces deux derniers cas y avait-il déjà avant l'intervention de la fièvre et des accidents septicémiques.

Nous espérons, grâce aux modifications que nous avons introduites dans le service, avoir en 1902 une statistique comparable à celle que nous publions ici, et, sur un nombre plus élevé d'opérations, n'avoir à signaler aucun cas d'infection opératoire.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE. — La Société Obstétricale de France tiendra sa prochaine session les jeudi 11, vendredi 12 et samedi 13 avril 1901, dans le petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine. Première séance, le jeudi 11 à 9 heures 1/2 du matin. Séance du soir, à 2 heures.

ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTS (à Saint-Maurice, Seine). — Il sera ouvert, le jeudi 25 avril 1901, au Ministère de l'Intérieur, un concours pour l'internat de l'Asile national des Convalescents, dit Asile de Vincennes. On trouvera chez le concierge de la Faculté de Médecine et au secrétariat de l'Asile national des Convalescents, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

REMPLACEMENTS DE MÉDECINS. — Un service de remplacement de médecins a été organisé à l'Association générale des Etudiants (section médecine). Les médecins pourront donc trouver en permanence à l'Association, dans le cas où ils auraient besoin d'un remplaçant, des étudiants en médecine munis de toutes leurs inscriptions, ayant fait le stage d'accouchement présentant en somme toutes les garanties nécessaires. De plus, la section tient à la disposition des médecins des étudiants sérieux, capables de prendre des gardes auprès des malades, ou de remplir les fonctions d'aide de clinique, ou emplois analogues (anesthésie, pansement etc.).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La nouvelle loi du recrutement des officiers de réserve et de l'armée territoriale.

La loi de 1889, visant le recrutement des officiers de l'armée de réserve et de l'armée territoriale, était devenue notoirement *insuffisante*. Les démissions, nombreuses d'une part, les candidatures de moins en moins fréquentes, de l'autre, avaient attiré depuis plusieurs années l'attention du Ministère de la Guerre. Plusieurs modifications proposées avaient échoué, la proposition de création d'une décoration spéciale avait eu le même sort, quand le général André, sur les Conseils du général Godard, décréta le *Referendum* adressé à tous les officiers supérieurs, ainsi qu'aux capitaines de l'armée de deuxième ligne. Par ce *Referendum*, les officiers de réserve étaient priés de faire savoir au gouvernement quelles étaient leurs ambitions et de lui faire connaître les desiderata auxquels ne répondait pas l'ancienne loi.

Forte de ces nouveaux renseignements, la commission de l'armée, présidée par M. Le Hérissé, a élaboré un nouveau projet de loi. Je passe sous silence les nouvelles conditions d'admission au grade d'officier, ces dernières n'intéressent nullement les médecins.

Le nouveau projet de loi contient deux articles auxquels nous sommes très directement intéressés. Le premier est ainsi conçu : *Les officiers de réserve et de l'armée territoriale jouiront toute l'année du droit au quart de place sur les réseaux de chemins de fer français.* Sauf avis contraire, assez peu probable, de la part des grandes Compagnies de chemins de fer, ce premier article sera voté, et ne laissera pas de causer un vif plaisir à tous ceux de nos confrères pourvus d'un grade dans la réserve ou la territoriale.

Le deuxième article est le suivant : *Dans toutes les villes de garnison, les officiers de réserve ou de l'armée territoriale auront droit aux soins gratuits du médecin militaire.* Cette clause me paraît injuste et ne doit pas être conservée. Que le Gouvernement, dans l'obligation d'encadrer convenablement le million d'hommes appartenant à l'armée de réserve, fasse des sacrifices pour assurer le recrutement de ses gradés, la chose est toute naturelle; mais qu'il le fasse aux dépens du médecin qui est le contribuable le plus imposé qui soit au monde, c'est là un déni de justice que nos confrères siégeant à la Chambre ou au Sénat ne laisseront pas passer. L'officier de réserve, astreint à de lourds sacrifices de temps et d'argent, appartient en grande majorité à la bourgeoisie aisée : magistrats, avocats, notaires, industriels, gros commerçants : dans la cavalerie, la majorité est démissionnaire de l'armée active, grâce à une fortune personnelle : de quel droit enlever cette clientèle au médecin civil, en lui conférant le droit de consulter le médecin militaire, de se faire traiter ou opérer par lui? Dans certaines villes, Lyon, Bordeaux, Nancy, certains médecins de l'armée se sont acquis par leur travail et leurs publications une réputation très réelle et méritée; mais cette raison est insuffisante pour autoriser le Gouvernement à spolier les médecins ayant patente d'une clientèle aisée et rémunératrice.

J'ai beau parcourir le nouveau texte de loi, je n'y vois rien de semblable visant une autre profession; on n'offre à l'officier de deuxième ligne ni l'assistance judiciaire, ni même les soins gratuits du vétérinaire ; seuls les soins médicaux lui sont gracieusement offerts.

J'ignore ce que pensent de ce nouveau texte nos collègues de l'Armée, chargés tout à coup d'une clientèle gratuite que certes, ils n'ambitionnent pas; mais notre devoir à nous, médecins patentés, est de protester hautement contre cet article qui, dans une ville de province, par exemple, nous enlève en bloc et sans aucun droit une bonne partie de notre clientèle, et non la moindre.

Le médecin sera-t-il donc éternellement berné par toutes les lois et tous les règlements? La crise actuelle ne devrait-elle pas nous mettre sur la défensive et secouer un peu la torpeur qui règne dans nos rangs et nous fait tout supporter sans plaintes autres que nos doléances platoniques dans les séances des sociétés médicales ? Le sentiment de notre force doit se démontrer; l'occasion s'en présente, à nous de ne pas la laisser échapper. René Belin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 mars 1901.

Sur les opacités du corps vitré et la rigidité de ce milieu de l'œil.

M. A. Imbert présente dans son œil droit une opacité du disque qui, lorsque le globe oculaire a été maintenu un certain temps immobile, se projette dans la partie inférieure et un peu interne du champ visuel, vers la limite de ce champ.

Quand l'auteur imprime à son œil un mouvement lent de rotation, la projection de l'opacité se déplace d'une façon identique au globe lui-même, en conservant sensiblement sa position dans le champ visuel; après un mouvement rapide de rotation de l'œil, elle se rapproche, au contraire, du niveau du point lésé, atteint ce niveau ou même le dépasse pour peu que le mouvement du globe ait été assez étendu.

Si l'œil est alors maintenu immobile dans sa nouvelle position, la projection de l'opacité descend lentement dans le champ visuel et reprend sa situation primitive au bout de trente secondes environ : mais si l'œil est ramené à son orientation première dès que le déplacement de la projection de l'opacité a été constaté, cette projection revient à peu près à sa position initiale.

On ne saurait rapporter ces déplacements à la pesanteur; on peut, au contraire, les expliquer facilement par la rigidité du corps vitré, dont les couches superficielles participent seules, tout d'abord, au mouvement de rotation de l'œil. Cette hypothèse permet en outre, de localiser exactement la situation des opacités ; c'est ainsi que, pour le cas particulier de l'auteur, l'opacité doit siéger dans la partie comprise entre les points nodaux, c'est-à-dire la face postérieure du cristallin, et le centre de rotation du globe.

Les conditions du terrain et le diagnostic de la tuberculose.

MM. Albert Robin et Maurice Binet, dans une série de recherches faites depuis plusieurs années, et sur 392 malades, ont trouvé un fait d'une importance très grande au point de vue du diagnostic et du traitement de la tuberculose, qui bouleverse complètement les idées courantes au sujet de cette maladie. En effet, tout le monde admet qu'un phtisique respire moins qu'un homme sain, et que ses actes respiratoires et son hématose s'abaissent d'autant plus que l'étendue du poumon envahie est plus grande; aussi s'est-on acharné à relever chez les poitrinaires tous les phénomènes d'oxydation.

Or, les auteurs ont constaté que les échanges respiratoires sont beaucoup plus élevés chez les tuberculeux que chez les individus sains, et cela assez constamment ; sur une série de 162 phtisiques, 8 0/0 seulement faisaient exception à cette règle. Ces échanges affectent le type suivant :

a) La ventilation pulmonaire croît de 110 0/0 chez la femme et de 80,5 0/0 chez l'homme; *b*) l'acide carbonique

exhalé par kilogramme de poids et par minute augmente de 86 0/0 chez la femme et de 64 0/0 chez l'homme; c) l'oxygène total consommé par kilogramme minute s'élève de 100,50/0 chez la femme et de 70 0/0 chez l'homme: d) l'oxygène absorbé par les tissus croît de 162,8 0/0 chez la femme et de 95,8 0/0 chez l'homme.

Cette suractivité des échanges respiratoires existe aussi dans les formes aiguës de la maladie. Elle se manifeste à toutes les phases de la tuberculose chronique et persiste jusqu'aux derniers jours de la vie. Elle subit des oscillations qui affectent un certain rapport avec les progrès ou l'amélioration de l'affection.

Les sujets atteints de mal de Pott, de tuberculose osseuse, de tuberculose du testicule, de pleurésie ou d'adénite tuberculeuses, présentent la même suractivité des échanges, qui fait défaut, par contre dans la péritonite, la méningite tuberculeuses et le lupus.

Des diverses maladies que l'on peut confondre avec la tuberculose pulmonaire, il en est quelques-unes où les échanges respitoires sont aussi exagérés, mais diffèrent toujours par quelque trait de ce qu'ils sont dans la phtisie.

Donc si l'on hésite sur le diagnostic de tuberculose pulmonaire, l'examen des échanges résoudra la difficulté. Et comme les caractères de ce chimisme sont significatifs dès le début de la tuberculose, on aura ainsi le moyen de porter le diagnostic précoce de cette affection.

L'exagération des échanges respiratoires n'est pas un acte de défense de l'organisme; ce n'est pas non plus une manifestation de l'attaque bacillaire, puisqu'elle existe avant l'invasion des microbes chez les trois quarts environ des descendants de tuberculeux. Au contraire dans les états antagonistes de la phtisie, comme l'arthritisme, les échanges respiratoires restent au-dessous de la normale.

Cette exagération des échanges respiratoires constitue donc l'une des conditions du terrain de la tuberculose, l'autre condition étant la déminéralisation organique qui fera l'objet d'une note ultérieure. Cette notion nous ramène à la conception hippocratique; « la phtisie est une consomption. » C'est la consomption produite par les échanges respiratoires et la déminéralisation, qui prépare le terrain à l'invasion bacillaire.

La prophylaxie de la tuberculose n'est pas tout entière dans les mesures privées et publiques prises contre l'agent de la contagion. Si l'on peut reconnaître à l'avance les sujets qui sont prédisposés, il ne suffit pas d'écarter le bacille de leur route, il faut les soumettre aussitôt à une hygiène et à une thérapeutique capables de modifier le trouble fonctionnel et nutritif qui est la condition nécessaire du développement du bacille. PHISALIX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 mars 1901. — PRESIDENCE DE M. le Dr NETTER.

Bacille fusiforme.

M. H. VINCENT. — L'angine à bacilles fusiformes est assez commune, due à un bacille spécial, renflé au centre, aminci aux extrémités, ne prenant pas le Gram. Il est seul dans la forme diphtéroide de l'angine, associé à un fin spirille dans la forme ulcéro-membraneuse. La culture pure n'a pas été obtenue; les milieux les meilleurs sont les milieux organiques (sérum sanguin, céphalo-rachidien avec du sang pleurétique, etc.), surtout s'ils viennent de l'homme; le liquide de l'hydarthrose a donné une riche culture du bacille, avec odeur fétide; les bacilles sont immobiles, meurent à 60°. Inoculées sous la peau ou dans les muscles, ces cultures produisent des abcès, des trajets fistuleux, foyers de nécrose où se retrouve avec d'autres bactéries, le bacille fusiforme très abondant; la contusion préalable, l'inoculation d'acide lactique, favorisent l'évolution des lésions et la multiplication du bacille pathogène.

Recherches des chlorures.

MM. ACHARD et LŒPER recherchent dans les tissus les chlorures qui normalement s'éliminent en très petite quantité dans les urines au cours de maladies, telles que pneumonie, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, néphrite chronique, arthropathie, etc. Chez ces malades, 10 grammes de chlorure de sodium ingéré donnent moins de 2 grammes dans les urines, alors que les gens normaux éliminent presque tout. La rétention dans le sang est passagère, c'est dans les tissus que le sel est retenu, le liquide de l'œdème, de pleurésie, de l'ascite, l'indiquent. L'urée, le bleu de méthylène, sont également retenus. Il est intéressant d'opposer la rétention des chlorures à l'insuffisance glycolytique que l'on rencontre dans ces maladies. Les tissus retiennent les chlorures et laissent échapper le sucre qui est un élément nutritif important.

Nerf érecteur et nerf hypogastrique.

MM. J.-F. GUYON et COURTADE. — Le nerf hypogastrique, racine sympathique du plexus hypogastrique est plus sensible que le nerf érecteur sacré, racine médullaire du même plexus. L'excitation moyenne par traction ou électricité du premier amène une contraction réflexe de la vessie et élévation de la pression artérielle. Les mêmes excitations sur le second restent sans effets notables.

Élongation des nerfs.

M. G. MARINESCO. — Les modifications dues à l'élongation sont intéressantes au point de vue histologique et d'application chirurgicale. L'élongation progressive et prolongée des nerfs hypoglosse et sciatique chez les chiens, les lésions varient dans les centres sous forme d'application, suivant l'intensité et la durée de la traction. Si l'élongation est moyenne, les lésions peu graves sont réparables. Au point d'application : lésions dégénératives dépendant de la dégénérescence traumatique, ayant leur maximum au point d'application et disparaissant vite au-dessus, très évidentes au-dessous et siégeant à la périphérie du nerf. La myéline fragmentée est réduite en grosses boules, présente la dégénérescence granuleuse, le cylindre-axe est altéré et les noyaux de la gaîne de Schvann multipliés. Si l'élongation est plus intense, la dégénérescence gagne tout le nerf, plus la dégénérescence est intense, plus les lésions des centres nerveux correspondants sont caractéristiques: si la lésion est périphérique, les cellules du noyau du nerf ont les réactions analogues à celle de la section du nerf, les cellules centrales sont aussi altérées, mais la dissolution de la substance chromatique est moins accusée et le noyau à peu près central.

Méningite cérébro-spinale.

M. GRIFFON. — Dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques de Weschselbaun, M. Griffon a étudié la perméabilité des méninges à l'iodure de potassium. MM. Widal, Sicard et Monod ont observé qu'au cours de la méningite tuberculeuse, les méninges ont perdu la propriété de s'opposer au passage de l'iodure de potassium dans le liquide céphalo-rachidien et ce sel est décelable dans la ponction lombaire. Dans la méningite tuberculeuse, cette perméabilité des méninges semble dans la règle. Dans la méningite à méningocoques de Weschselbaun l'iodure n'étant pas décelable dans le liquide céphalo-rachidien, la réaction qui était très nette pour l'urine fut négative pour le liquide céphalo-rachidien dans deux cas du service du Dr Dieulafoy.

M. RHAINS expose des expériences qui semblent établir que l'axeline est libre dans le sérum du sang circulant.

M. CLUZET décèle la bile dans les urines par de nouveaux procédés.

M. CAVALIÉ étudie la perte de substance de la couche d'albumine de l'œuf de poule au niveau de la tache embryonnaire.

MM. LAVERAN et MESNIL exposent leurs recherches sur le tripanozome du nagana, maladie épizootique du centre

de l'Afrique et dont la propagation est due à la mouche tsétsé.

M. Carrière (de Lille), étudie la cryoscopie du liquide céphalo-rachidien dans la sclérose en plaques.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 mars.

L'appendicite et l'helminthiase en Chine.

M. Laveran communique une note du Dr Matignon, opposant la fréquence de l'helminthiase à la rareté de l'appendicite chez les Chinois. Ce double fait tient peut-être au régime surtout végétal.

Traitement de la fièvre aphteuse.

MM. Nocard et Leblanc montrent l'inconstance de tous les médicaments antiseptiques ou caustiques préconisés contre la fièvre aphteuse. Une alimentation exigeant peu d'efforts de mastication et peu de travail digestif reste le meilleur traitement.

Les injections intra-rachidiennes de cocaïne.

M. Laborde a étudié expérimentalement ces injections. Il montre le danger de voir le liquide injecté dans le rachis diffuser (surtout au moment où on couche le malade) et venir se mettre en contact, non seulement avec les racines médullaires inférieures, mais avec les racines supérieures, le bulbe et même le cerveau. Il en résulte que l'anesthésie par injection intra-rachidienne de cocaïne n'est jamais locale et qu'elle expose toujours à des dangers. Les accidents les plus fréquents sont la céphalée, le tremblement généralisé; on peut aussi voir survenir des syncopes; celles-ci se voient même après l'injection de cocaïne par d'autres voies que le liquide céphalo-rachidien, témoin le cas d'un professeur du Collège de France, qui, à la suite d'une injection de 5 milligrammes de cocaïne dans la gencive, eut une syncope grave, et ultérieurement des syncopes subintrantes pendant quinze jours. L'injection intra-rachidienne de cocaïne constitue donc une méthode analgésique dangereuse que les chirurgiens devraient abandonner complètement pour la remplacer par l'injection sous-cutanée ou intra-musculaire de cocaïne.

Rapport sur la peste.

M. Proust signale les cas de peste du Cap, de Glasgow, de Constantinople, de Mandchourie, et surtout huit cas observés sur le *Niger* à Marseille. Dès l'arrivée, le *Niger* fut dirigé sur le Frioul : là, deux chauffeurs furent atteints, l'un mortellement; deux médecins de l'hôpital et un passager furent atteints, mais, grâce au sérum de Yersin, guérirent assez vite; grâce aux précautions prises, l'épidémie se borna aux huit cas précités.

L'oxyde de carbone et les torpilleurs.

M. Laborde rapporte, au nom de M. Gibrat, deux cas d'asphyxie oxycarbonée observés à bord d'un torpilleur et tenant à un mode défectueux de nettoyage des chaudières par un mélange de chaux et de charbon.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mars 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Péricardite avec épanchement.

M. Rendu présente un homme de 40 ans qui fut, à la suite d'une bronchite tuberculeuse chronique, atteint d'une péricardite tuberculeuse avec épanchement. Une ponction donna issue à 800 grammes de liquide qui se reproduisit rapidement. Une seconde ponction, suivie d'une injection de 1 gramme de naphtol camphré, fut alors pratiquée. Une tachycardie inquiétante fit suite à cette intervention mais se calma en une semaine environ, et le malade est guéri de sa péricardite et présente un certain degré de symphise cardiaque.

M. Mercklen pense que la pleurésie, avec un aussi fort épanchement, est d'origine tuberculeuse. Il croit que les phénomènes graves survenus à la suite de la ponction avec injections de naphtol camphré ont été causés par l'intervention. Il ne faut pas la regretter néanmoins, car c'est bien le naphtol camphré qui a été cause de la symphise cardiaque qui a amené la guérison du malade.

M. Hirtz rappelle un cas analogue qu'il a observé jadis.

M. Gailliard signale les difficultés du diagnostic de ces péricardites avec la pleurésie enkystée antérieure.

M. Béclere insiste sur les services que peut rendre la radiographie en pareil cas. Un fait que la radioscopie a bien démontré, c'est que la pointe est loin de correspondre toujours au point où la paroi est soulevée.

Bronchite diphtéritique.

M. Legendre montre les pièces anatomiques d'un malade atteint de diphtérie complète des voies respiratoires obstruées par des fausses membranes, mort malgré les injections de sérum et la trachéotomie.

M. Variot rappelle que cette forme de diphtérie n'est pas très rare chez les enfants.

M. Millard a autrefois étudié les résultats de la trachéotomie chez l'adulte. Dans les cas de croup, quand les malades ont dépassé 18 ans, la trachéotomie est inutile. En effet, dans ces cas et passé cet âge, les fausses membranes obstruent profondément les bronches et la canule ne vient qu'ajouter un autre obstacle à celui produit par les fausses membranes.

Anévrysme de l'aorte.

M. Legendre présente en outre des pièces anatomiques provenant d'un anévrysme de l'aorte, qui, durant la vie, ne donnait comme symptôme qu'un léger soulèvement de la paroi vers les deuxième et troisième espaces intercostaux, des souffles localisés au niveau de l'artère pulmonaire et l'orifice mitral. Le malade n'avait aucun signe de compression viscérale. Il souffrait violemment de douleurs, de névralgie intercostale avec irradiations dans les bras.

Suites éloignées de la méningite cérébro-spinale aiguë guérie.

M. Chauffard pose la question importante des conséquences éloignées de la méningite cérébro-spinale aiguë guérie. M. Chauffard a observé un malade atteint d'une méningite cérébro-spinale typique qui a suppuré, comme le démontra la ponction lombaire. Ce malade guérit et reprit sa profession d'apprenti menuisier. Revu six mois après, par M. Chauffard, ce malade est absolument sain, aucun signe, sauf une légère diminution des réflexes, n'existe actuellement.

M. P. Marie, comme M. Chauffard, croit que la méningite cérébro-spinale aiguë, quand elle guérit, ne détermine aucune altération chronique du système nerveux.

M. Joffroy a vu un malade très probablement atteint dans son enfance de méningite cérébro-spinale et guéri puisqu'il fit son service militaire; ce malade mourut, dans son service, aliéné. L'autopsie permit de constater une tumeur du cervelet à point de départ tuberculeux. Les méninges étaient très épaissies. Il faut donc être réservé sur l'avenir de ces malades.

J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 mars 1901. — Présidence de M. Delens.

Corps étranger des bronches.

M. Guerin est d'avis que l'opération qu'a préconisée M. Ricard pour les corps étrangers fixés dans une bronche est justifiée, mais le procédé qu'a employé M. Ricard lui paraît bien difficile, la bifurcation bronchique étant à peu près inaccessible. Contrairement à ce que pense M. Ricard, la voie postérieure lui paraît relativement facile, et elle permet d'arriver directement sur le corps étranger ; on ne rencontre que la crosse de l'azygos, que l'on peut lier si elle gêne, on sent très facilement dans le fond de la plaie les cartilages des bronches, qui pré-

sentent encore ce gros avantage d'avoir à la face postérieure une partie membraneuse qui permet de sentir le corps étranger.

M. Poirier a opéré en 1876, par la voie antérieure, une tumeur du médiastin dépassant un peu la fourchette sternale ; il fit, par une incision en U ouverte en haut, la désarticulation des deux clavicules, la désarticulation des deux premiers cartilages costaux gauches et put rabattre le lambeau sternal à droite; il ne put isoler la tumeur qu'en augmentant par en bas l'incision en H et en rabattant un nouveau lambeau sternal; cependant l'ablation ne put se faire complète; le malade guérit parfaitement de son intervention, mais mourut de récidive quelques semaines après.

M. Tuffier pense que l'abord des bronches est difficile, par les deux voies, et il se demande si on ne pourrait faire l'intervention tout en radioscopant le corps étranger de façon à ne pas aller à l'aveuglette.

De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

M. Rochard commente les observations de M. Faure, dans lesquelles M. Faure est intervenu, toujours par la voie vaginale; la dernière intervention a été couronnée de succès; M. Faure est un partisan convaincu de la voie basse; il faut saisir l'utérus avec une pince à kyste et à mors larges pour obvier à la friabilité de l'organe; de plus, M. Faure fait observer qu'il lui paraît dangereux de sortir par l'abdomen un utérus entièrement infecté. La légitimité de l'intervention paraît à M. Rochard incontestable, mais, à l'exemple de la plupart de ses collègues de la Société, M. Rochard préfère la voie haute

Traitement du spina bifida par l'extirpation.

M. Broca fait un rapport sur deux observations de spina-bifida traité par MM. Letaux (de Vannes) et de Ranville (de Montpellier), par l'extirpation chez des enfants en bas âge. L'opéré de M. de Ranville présente, au bout de dix-huit mois une hydrocéphalie énorme. C'est là, dit M. Broca, le sort de tous les enfants opérés du spina bifida, en bas âge; aussi ne faut-il intervenir que beaucoup plus tard. Schwartz.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude du glycérophosphate de fer et de son récent emploi dans la thérapeutique.

Au cours de l'intéressante discussion sur le traitement de la chlorose et des anémies, qui a défrayé plusieurs séances de la Société de Thérapeutique, les divers médicaments ferrugineux, parmi les plus usités, ont été passés en revue; ils sont à diviser en deux classes principales : 1° les sels de fer à acide inorganique; 2° les sels de fer à acide organique. Il a été reconnu que les premiers n'étaient efficaces qu'à la condition d'être à l'état de protosels; quant aux seconds, leur composition organique leur a attiré, principalement dans ces derniers temps, la préférence de la plupart des praticiens, et l'un d'eux notamment, l'oxalate de fer, a été cité comme donnant d'excellents résultats. L'utilité des sels de fer, du moins dans la majorité des cas, ayant été admise à peu près unanimement, il n'est pas sans intérêt de parler de celui devant lequel s'ouvre peut-être, en thérapeutique, l'avenir le plus sérieux : le glycérophosphate de fer.

Si l'oxalate de fer présente dans son emploi des avantages réels qui l'ont mis en vogue auprès du corps médical, il est encore entaché d'un défaut grave; la nature de son acide, l'acide oxalique, n'est pas faite pour le rendre propice à nombre de malades, parmi lesquels, en première ligne, tous ceux chez qui le fonctionnement des reins laisse à désirer, et ceux dont la vessie a tendance à s'encombrer de graviers ou de calculs. Outre que la toxicité des oxalates limite les doses de ce ferrugineux, le danger de la gravelle oxalique en est une contre-indication.

Le glycérophosphate de fer peut être considéré comme un ferrugineux physiologique, un médicament-aliment, présentant le fer sous une forme qu'il affecte vraisemblablement dans l'économie, dont l'acide glycérophosphorique est un des éléments vitaux essentiels. Ce sel, obtenu depuis peu par l'industrie à l'état de pureté parfaite, n'a pas pris immédiatement dans la thérapeutique la place à laquelle il pouvait prétendre. La raison doit en être attribuée à deux causes : 1° le glycérophosphate de fer est difficilement soluble à froid; 2° le glycérophosphate de fer en solution s'altère rapidement.

La solubilité du glycérophosphate de fer à froid étant très difficile et très lente, cet inconvénient exclut son emploi en nature (cachets, pilules, etc.) qui risque de le laisser passer « debout », et les préparations pharmaceutiques granulées ordinaires qui exigent une solubilité rapide du médicament. Les solutions de glycérophosphate de fer étant très altérables, les solutés (sirops, vins, élixirs) se trouvent pratiquement éliminés par ce fait même. Pour permettre au médecin l'usage de ce ferrugineux, il fallait arriver à le rendre très soluble, sans en altérer la composition et en évitant l'intervention d'éléments incompatibles, tels par exemple que les acides. C'est à la suite des travaux exécutés dans le laboratoire de M. Le Perdriel qu'a été obtenu le glycérophosphate de fer *soluble*; ce sel se présente sous forme de paillettes verdâtres, transparentes, solubles immédiatement et en toutes proportions dans l'eau froide, donnant un soluté limpide.

S'appuyant d'une part sur les propriétés réparatrices adjuvantes de la chaux jointe au fer, et d'autre part sur le principe émis par Herbert C. Harris, comme conclusion de ses remarquables expériences, à savoir que « le fer administré sous forme effervescente agit rapidement et favorablement sur l'anémie, tandis qu'il reste inefficace, ou même produit de mauvais effets, donné sous une autre forme », M. Le Perdriel fit revêtir à son glycérophosphate de fer soluble la forme de glycérophosphate double de chaux et de fer effervescent, à laquelle il donna le nom de *biosine*, pour rappeler que, ses composants représentant les éléments physiologiques primordiaux de la cellule nerveuse (glycérophosphate), de la cellule osseuse (phosphate de chaux), des cellules musculaires et sanguines (fer organique), le composé pouvait être considéré comme le reconstituant de l'ensemble des éléments vitaux.

Le glycérophosphate double de chaux et de fer est une préparation martiale physiologique, titrant 6 0/0 de fer métal à l'état de sel pur, et 0,6 0/0 sous la forme effervescente, soit dans ce cas 18 milligrammes pour une dose. Cette forme effervescente de la biosine ne contient pas de sucre (ce qui en autorise l'emploi aux diabétiques), mais permet d'en ajouter à volonté à l'eau dans laquelle on fait dissoudre et on prend le sel. Ainsi qu'il a été mis judicieusement en relief à la *Société de Thérapeutique*, nombre de chlorotiques et d'anémiques sont en même temps des dyspeptiques. Si donc on leur applique la médication ferrugineuse, il importe de choisir un médicament qui non seulement n'encombre pas, ne surmène pas, n'irrite pas l'estomac, mais encore qui ne lui demande aucun travail de transformation. Le glycérophosphate de fer *soluble* effervescent répond, ainsi que l'a déjà prouvé l'expérience, depuis qu'il est entré dans la pratique médicale, à ces desiderata. Directement absorbable et assimilable, il n'exerce sur les fonctions gastriques aucune influence fâcheuse, ne cause ni tiraillements, ni crampes, ni pyrosis, et n'influe pas davantage sur l'intestin; l'effervescence donne naissance à du citro-tartrate de soude qui combat l'action constipante reprochée justement aux autres préparations ferrugineuses : cet avantage est des plus appréciables quand il s'agit en particulier d'administrer du fer pendant la grossesse.

En terminant cette courte étude sur le glycérophosphate de fer et sur son emploi dans le traitement de la chlorose et des anémies, il n'est pas sans intérêt de rappeler que le Dr Huchard proscrit de ce traitement les vins et les élixirs, le quinquina, la quassia, etc., autant de médicaments, qui, sans action élective en ce cas, ne tardent pas à manifester une action nuisible sur les voies digestives, dont la parfaite intégrité et le bon fonctionnement sont, en pareil cas, d'une importance si capitale. C'est assez dire que la plupart des drogues complexes, mélanges hétéroclites et irraisonnés, qui encombrent actuellement la pharmacopée et se posent en panacées universelles, ne peuvent être, de la part du praticien sérieux et expérimenté, l'objet d'un choix judicieux, les vertus d'un de

leurs composants étant d'ailleurs le plus souvent annihilées par l'incompatibilité des autres ou leurs inconvénients.

Il est certain que l'on peut considérer les glycérophosphates comme des médicaments véritablement efficaces, représentant les phosphates à l'état où ils existent dans l'organisme, et conséquemment le type de produit le mieux assimilable que l'on puisse concevoir, et auquel nul autre ne saurait être substitué. Jusqu'à ces derniers temps, les glycérophosphates de chaux, de soude, de potasse, de magnésie, comptaient seuls parmi les remèdes consacrés, grâce à la facilité avec laquelle ils se prêtent aux diverses préparations pharmaceutiques et à leur administration. Pour les raisons que nous avons indiquées au début de cette étude, le glycérophosphate de fer était resté en arrière: il a conquis aujourd'hui, sous la forme de sel soluble à froid en toutes proportions et de glycérophosphate double de chaux et de fer effervescent (biosine), la place qui était due à son importance thérapeutique. G. LINAS.

Le traitement de la grippe et de ses manifestations broncho-pulmonaires par l'hélénine.

De toutes les manifestations grippales si fréquentes en cette saison, celles qui portent sur les voies respiratoires offrent le plus de dangers. L'inflammation des premières voies respiratoires détermine une toux rebelle et pénible, et est souvent suivie de l'extension de l'infection grippale aux bronches et même au parenchyme pulmonaire. L'action de l'hélénine du Dr de Korab, qui calme la toux, qui modifie et diminue l'expectoration, qui jouit en outre d'un pouvoir microbicide bien constaté, sera d'une grande utilité dans le traitement curatif de la grippe et dans la prophylaxie de ses complications bronchopulmonaires. Ce précieux agent thérapeutique, qui a fait brillamment ses preuves dans les épidémies de grippe de ces dernières années, s'administre à la dose de 3 à 5 globules d'hélénine du Dr de Korab par jour.

HOMMAGE AU Dr MISLAWSKY (D'EKATHÉRINEBOURG). —La Société Ouralienne d'amateurs des Sciences Naturelles d'Ekathérinebourg, placée sous la très-auguste protection de Son Altesse Impériale Monseigneur le Grand-Duc Michel Nikolaévitch, a l'honneur d'inviter toutes les institutions et Sociétés correspondantes a prendre part, le 4 (17) juin 1901, au jubilé de 50 ans d'activité médicale de son président, le Dr Alexandre Andréévitch Mislawsky. En même temps elle fêtera son jubilé de 30 ans en qualité de vice-président, puis de président, depuis le jour de l'ouverture de la Société (29 décembre 1870). Désireuse d'honorer dignement l'activité médicale de son membre-fondateur honoraire, le Dr A. Mislawsky, principalement comme chirurgien et oculiste, la Société Ouralienne de Médecine de cette ville a décidé de fonder un hopital ophthalmologique gratuit portant son nom, entreprise éminemment philanthropique et correspondant de tout point à la branche préférée du Jubilaire. Rien qu'à l'ambulance de l'hôpital dont il a depuis plus de 40 ans la direction, il a reçu plus d'un million et demi de malades, dont plus de 20,000 ont nécessité des soins chirurgicaux; le nombre des grandes opérations se monte à plus de 9,000, dont le tiers revient à l'enlèvement de la cataracte. Il va sans dire que tant notre Société des Sciences Naturelles qu'un grand nombre d'autres Institutions et Sociétés se sont ralliées avec zèle a l'initiative de la Société de Médecine; aussi la fondation de l'hopital opthalmologique peut-elle être regardée comme assurée. Les Institutions et les personnes qui désireraient contribuer à cette œuvre philanthropique par des dons d'ouvrages ou d'instruments spéciaux, sont invitées a les faire parvenir, francs de port, à l'adresse de la Société.

SOUSCRIPTION POUR LE MONUMENT FUNÉRAIRE DU Dr DE GENNES.— Plusieurs familles clientes du regretté Dr de Gennes enlevé si soudainement à l'affection des siens et à la sympathie de ceux auxquels il prodiguait ses soins éclairés autant que dévoués, ont l'intention de faire édifier à sa mémoire une sépulture qui restera le monument de leur reconnaissance. Sachant combien le Dr de Gennes était aimé et estimé, le Comité d'initiative espère que tous maîtres et élèves, collègues et collaborateurs, amis et clients animés d'un même sentiment de reconnaissance ou de sympathique souvenir, voudront bien coopérer a la souscription ouverte a cette intention. — Prière d'adresser les souscriptions à MM. Bourcier, 125 rue Lecourbe; Leduc, 160, rue Lecourbe; Méry, au Bon Marché.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.



Le Pr E. KIRMISSON.
Professeur de clinique de Chirurgie des enfants.

M. le Dr E. KIRMISSON a été désigné pour remplir les nouvelles fonctions de professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de Paris. Ce choix, qui sera approuvé par tous les collègues du savant chirurgien, est absolument légitimé par la vie scientifique et les nombreux travaux du nouveau professeur.

Né à Nantes le 18 juillet 1848 dans une honorable mais modeste famille, M. E. Kirmisson, après avoir fait de bonnes études au lycée de Nantes, entra en 1867 à l'Ecole de Médecine de cette ville. L'école de Nantes avait alors la réputation, qu'elle a su conserver depuis, d'un centre important d'enseignement de l'anatomie, Hélie et Chenatais l'avaient illustrée de leurs travaux; le Pr Jouon, qui avait succédé à Hélie dans la chaire d'anatomie, dont il est toujours titulaire, faisait alors des cours dont les élèves gardent encore le souvenir. Cet enseignement au début des études de M. Kirmisson, eut une profonde influence sur son avenir. Il devint successivement externe, interne des hôpitaux de Nantes, promoteur et lauréat de l'Ecole de médecine. Tout faisait prévoir pour lui l'avenir le plus brillant, quand survinrent la guerre et les jours sombres de 1870-1871. Les études furent interrompues et le jeune interne fit campagne comme aide-major d'un bataillon de mobiles de la Loire-Inférieure.

Ce ne fut qu'en 1872 que M. E. Kirmisson reprit ses études médicales qu'il vint continuer à Paris. En 1873, il fut externe à l'Hotel-Dieu, chez Guéneau de Mussy; à la fin de la même année, il fut reçu interne et se consacra entièrement à son goût très vif pour la chirurgie. Il passa d'ailleurs ses quatre années d'internat dans des services chirurgicaux; en 1874, chez Alphonse Guérin, en 1875, chez M. Guyon, en 1876, chez M. Panas, en 1877, chez Verneuil. Peu après, il fut nommé aide d'anatomie; en 1879, il était prosecteur à la Faculté de Médecine. Cette même année, 1879, il passait sa thèse de doctorat, faite sous l'inspiration de Verneuil, sur les *Opérations préliminaires en général.* L'année suivante (1880), il prit part au concours d'agrégation, et eut à traiter, comme sujet de thèse: *De l'anémie consécutive aux hémorragies traumatiques et de son influence sur la marche des blessures.* Il ne fut pas nommé cette fois, mais en 1881, il était reçu le premier au concours chirurgical des hôpitaux; et en 1883, il sortait le premier également du concours d'agréga-

tion de la Faculté de Médecine, avec une thèse sur *Les modifications modernes de la lithotritie.*]

Pendant huit ans, M. Kirmisson demeura chirurgien du Bureau central, chargé accidentellement de remplacements dans les hôpitaux, et faisant pendant les vacances de l'enseignement dans le service de ses maîtres, MM. Guyon, Le Fort et Verneuil, qui se plaisaient à lui confier leur malades. Pendant l'année scolaire 1888-89, chargé du service de la clinique chirurgicale, en remplacement du Pr Richer à l'Hôtel-Dieu, il rédigea le volume de *Leçons cliniques*, qu'il publia sur les maladies de l'appareil locomoteur. A la fin de cette même année 1889, il devint chirurgien titulaire des hôpitaux, et fut placé aux Enfants-Assistés.

A partir de ce moment, M. Kirmisson se consacra tout entier à la chirurgie infantile et orthopédique. Il fonda, en 1890, la *Revue d'Orthopédie*, et réorganisa le service de chirurgie des Enfants-Assistés qui, pendant de longues années, était resté inactif; il ouvrit dans cet hôpital une polyclinique qui a pris rapidement un développement considérable. Il introduisit également dans ce service une modification qui n'avait jamais trouvé place jusque-là dans les hôpitaux de Paris, c'est-à-dire qu'il organisa une salle de traitement, munie de tous les appareils nécessaires pour la thérapeutique des difformités par la gymnastique orthopédique. En même temps, il faisait chaque année aux élèves de son service des leçons de clinique chirurgicale sur la chirurgie infantile et orthopédique.

A la fin de 1897, il quitta les Enfants-Assistés pour prendre la direction du service de M. Lannelongue, devenu vacant à l'hôpital Trousseau, et fut en même temps chargé de la consultation orthopédique du Bureau central, en remplacement de M. le Dr de Saint-Germain.

L'enseignement donné jusqu'alors par le Pr Kirmisson est nettement résumé dans un ouvrage intitulé : *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitales*, travail important qui va, d'ici très peu de temps, être complété par un nouveau livre consacré aux difformités acquises.

Un des travaux qui n'est certes pas celui qui a le moins contribué à assurer la réputation de M. Kirmisson, est sa collaboration au *Manuel de pathologie externe*, plus connu sous le nom populaire parmi les étudiants, de Manuel des Quatre Agrégés. Dans ce chef-d'œuvre d'exposition, de clarté et de concision, M. Kirmisson collabora avec MM. Reclus, Peyrot et Bouilly, et rédigea le second volume qui traite des maladies de la tête et du rachis.

La haute situation que vient d'atteindre M. Kirmisson, parmi tant de compétiteurs éminents, tient uniquement à son travail acharné et au soin qu'il prit, suivant le conseil familier de Verneuil à ses élèves, de vouloir devenir quelqu'un. Il s'attacha à étudier l'orthopédie, science par trop dédaignée de nos chirurgiens en France ; il sut comprendre toute l'importance que l'antisepsie allait donner à cette spécialité, que les antiques appareils n'y tarderaient pas à céder le pas à une science véritable, la chirurgie orthopédique, aux résultats plus prompts et à l'action plus puissante. Comme la grande majorité de ses collègues, il eut pu prendre sa part des bruyantes et parfois faciles renommées que donnent les grandes interventions abdominales, il préféra un terrain plus ingrat mais au fond plus solide et plus fécond. Il continua sa route dans cette nouvelle voie peu parcourue chez nous, et c'est elle, la chirurgie orthopédique, qui l'a conduit sûrement à cette chaire de clinique, que nous nous félicitons sincèrement lui voir occuper aujourd'hui.

J. Noir.

PRINCIPAUX TRAVAUX DU Pr KIRMISSON.

Travaux relatifs à la chirurgie générale : Manuel de pathologie externe (en coll. av. MM. Reclus, Peyrot et Bouilly). — Collaboration au récent Traité de Chirurgie, de MM. Duplay et Reclus.

Pathologie chirurgicale générale : Des opérations préliminaires en général. — De l'anémie consécutive aux hémorragies traumatiques et de son influence sur la marche des blessures. — Œdème inflammatoire des membres de nature rhumatismale. — De l'urée dans le cancer. — Article : Périostite diffuse, du Dictionnaire encyclopédique, de Dechambre. — Note sur un cas de trépanation du crâne : coïncidence entre les traumatismes crâniens et certains états pathologiques du côté de l'encéphale, notamment le tubercule. — Mémoire sur le cathétérisme à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. Rapport du Pr Le Fort sur ce travail. — Hernie ombilicale ancienne ; hernie de la ligne blanche étranglée ; débridement ; mort ; autopsie. — Hernie inguinale étranglée chez un enfant de treize mois ; opération (kélotomie) ; guérison — Article : Périnéorraphie, du Dictionnaire encyclopédique de Dechambre. — Des modifications modernes de la lithotritie. — Articles : Urèthre (rétrécissements) et uréthrotomie. — De l'extirpation des tumeurs du triangle de Scarpa. — Mémoire sur les anévrismes inguinaux et la ligature de l'iliaque externe.

Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale. — Mémoire sur un cas de spina-bifida, d'apparence myxomateuse, traité par l'extirpation : guérison. — Ectopie vulvaire de l'anus, guérie par la transplantation de l'anus au périnée. — Rapport sur une observation de M. Broca, relative à la persistance d'un diverticulum de Meckel, ouvert à l'ombilic et invaginé au dehors. — Rapport sur une observation de tumeur congénitale sacro-coccygienne, présentée à la Société de Chirurgie par M. Broca. — Section à ciel ouvert des deux chefs sternal et claviculaire du sterno-mastoïdien ; en collaboration avec Sainton. — Des scolioses paradoxales; en collaboration avec Charpentier. — L'obliquité du col de l'astragale dans le pied-bot varus équin congénital; son mode de mensuration. — Double pied-bot varus équin congénital guéri par l'incision de Phelps et la large arthrotomie médico-tarsienne. — Double pied-bot varus par malformation osseuse primitive, associé à des ankyloses congénitales des doigts et des orteils chez quatre membres d'une même famille. — Double pied plat valgus douloureux, traité par l'opération d'Ogston. — Manuel opératoire et résultats des arthrodèses du pied. — De l'absence congénitale du péroné avec flexion angulaire du tibia (prétendue fracture intra-utérine). — Présentation de pièces anatomiques, provenant de l'autopsie d'un « genu valgum », traité trois ans auparavant par l'ostéoclasie, promptement suivi de récidive. — Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode non sanglante. — Gouttière de Bonnet, articulée pour le traitement des luxations congénitales de la hanche.

Documents pour servir à l'étude de l'affaissement du col fémoral (coxa vara). — En collaboration avec Longuet. — Nouveau cas de main-bote congénitale. — Nouvel exemple de malformation congénitale de l'omoplate. — Ascension de l'omoplate avec exostose de son bord supérieur. — Traitement des abcès migrateurs du mal de Pott par les injections d'éther iodoformé. — Traitement de la coxalgie. — Des luxations soudaines au cours de la coxalgie. — Nouvel exemple de déviation du genou consécutive à une resection. — Ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet guérie par les rayons Rœntgen, suivie de la compression élastique. — Traitement de l'appendicite aigue. — Comptes rendus du service chirurgical et orthopédique des Enfants-Assistés, de 1890 à la fin de 1897. — La chirurgie orthopédique, sa délinitition, son but, ses moyens. — Rapport sur l'état actuel de la chirurgie du rachis, etc., etc.

VARIA

L'Inspection médicale des Ecoles à Paris

La question de l'inspection médicale des écoles de la ville de Paris a été incidemment discutée à une des dernières séances du Conseil municipal. L'opinion unanime est que cette inspection est indispensable et insuffisante. Pour remédier à l'état présent défectueux nous voyons germer les idées les plus singulières. Par exemple, un conseiller municipal, qui porte le titre de docteur, prétend que le service sera mieux fait si le médecin qui en est chargé a son domicile loin de l'école qu'il inspecte. Il a peu confiance en la conscience de ses confrères qui permettent, selon lui, l'entrée de l'école aux enfants de leurs clients avant leur guérison complète. D'autres conseillers ont demandé que l'inspection consiste en une visite journalière et en la tenue à jour d'un livret individuel pour chaque enfant. C'est fort bien, mais pour ce faire, ils offrent aux médecins une indemnité de 1.200 francs. Ils ne se doutent guère que chaque médecin doit actuellement surveiller un millier d'enfants, et qu'en employant tout son temps et toute son énergie à cette besogne il pourrait à peine la réaliser consciencieusement, avec des appointements inférieurs à ceux du dernier cantonnier de la voirie parisienne. D'autres, encore, réclament la création de médecins fonctionnaires chargés du service des écoles et des bureaux de bienfaisance. C'est bien

une solution, mais elle serait fort coûteuse; il faudrait honorer convenablement ces médecins, leur assurer un avenir et une pension de retraite. Ce serait un total assez considérable, surtout si on le compare aux frais qu'occasionnent les services médicaux actuels. En outre, la création de cette nouvelle classe de fonctionnaires présente, comme tout fonctionnarisme, pour quelques avantages, de graves inconvénients. Sans doute, la meilleure solution consisterait à garder l'état de choses actuel en l'améliorant. L'augmentation du nombre des inspecteurs diminuerait les charges de chacun; une élévation légère de leur indemnité permettrait d'exiger d'eux les visites plus fréquentes et plus minutieuses. La santé des enfants en bénéficierait, la réforme serait facile et pratique et le budget municipal, qui n'en peut mais, n'en sera pas trop obéré; c'est à cela, du reste, que parait résignée la grande majorité de nos édiles J. N.

Palmes académiques.

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, Arrête : A l'occasion de l'Exposition universelle de 1900, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique : Mlle Danel (Clarisse-Isméric), médecin, professeur à l'Association philotechnique de Paris. Grand prix. — M. le Dr Faivre (Paul Ernest-Eugène), inspecteur des services de la santé dans les ports, secrétaire du congrès d'hygiène en 1900.

Officiers d'académie : MM. les Drs Barré (Léon-Jean-Louis-Yon), chargé du poste médical des Invalides à l'Exposition. — Bosquain (Raymond-André), attaché au service médical de l'Exposition. — Brouardel (Georges-Auguste), secrétaire du congrès d'hygiène et de démographie en 1900. — Cordonnier (Paul), chargé du service médical des indigènes du Sénégal à l'Exposition. — Rozier (Pierre-Marius-Victor), attaché au service médical de l'Exposition universelle. — Tabary (Octave-Albert), attaché au service médical de l'Exposition. — Thierry (Henri-Joseph-Jules), secrétaire du congrès international d'hygiène et de démographie de 1900. Médaille d'or, classe 3. (Hygiène.)

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, Vu les décrets des 24 décembre 1885 et 4 août 1898, Arrête : Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique : M. le Dr Alexandre (Alcide), médecin à Arques (Pas-de-Calais), conseiller municipal, délégué cantonal. — M. Aurelle (Jean-Marie-Pierre), pharmacien à Paris, délégué cantonal. — MM. les Drs Bachelez (Charles-Joseph), médecin du lycée de Saint-Omer (Pas-de-Calais). — Bachelot-Villeneuve (Ernest), médecin, membre du bureau d'administration du collège de Saint-Nazaire (Loire-Inférieure). — Balp (Jean-Baptiste-Julien-François), médecin de l'école normale d'institutrices à Draguignan, médecin inspecteur des écoles, membre du conseil d'administration de l'école normale d'instituteurs du Var, délégué cantonal. — Belin (Joseph-Dominique), médecin du lycée Louis-le-Grand, médecin adjoint au Ministère de l'Intérieur. — Bénard (Marie-Henry), médecin, professeur à l'Union des Femmes de France à Paris. — Berbez (Paul-Adrien-Jules), médecin à Paris. — Blayac (Pierre-Emile), médecin inspecteur des écoles à Paris. — Boulanger (Marie-Joseph-Lucien-Félix), médecin à Paris. — Bucquoy (Marie-Edme-Jules), médecin au collège Sainte-Barbe, à Paris. — Castaing (Charles-Alphonse), médecin principal de l'armée, en retraite, à Montmirail (Sarthe). — Cavaillon (Adolphe), médecin au service de la protection de l'enfance à Carpentras (Vaucluse). — Cayla (André), médecin du collège de Bergerac, délégué cantonal. — Collongues (François), médecin du collège de Bagnères-de-Bigorre. — Dr CORNET (Paul-Henri-Joseph), médecin insp. des écoles de Paris, professeur aux *Ecoles d'infirmières*. — Deshayes (Louis-Henri), médecin de l'école normale d'instituteurs à Orléans. — Desvergnes (Raoul-Pierre-Fr.), conseiller général, délégué cantonal à Verteillac (Dordogne). — Doillon (Georges-Alexandre-Eugène Jules), conseiller général, médecin du lycée et des écoles normales de Vesoul. — Dromain (Théodore-Edouard-Jules), médecin en chef du théâtre national de l'Odéon. — Fourrier (Alfred), médecin inspecteur des écoles du VIe arrondissement à Paris. — Francis (Jean), dentiste à Paris, président de la société d'odontologie. — Dugau (Henri), médecin, délégué cantonal à Bergerac (Dordogne). — Fayard (Eugène-François-Marcelin), médecin des lycées, délégué cantonal à Niort. — Froger (Adolphe-Charles-Nicolas-Gustave), médecin à Paris. — Girat (Louis-Emile), médecin, maire de Neuvy-Saint-Sépulcre (Indre), délégué cantonal. — Hugonneau (Jean-Anatole), médecin à Saint-Mathieu (Haute-Vienne), conseiller général. — Dr ISCH-WALL (Maxime-Abraham), médecin professeur aux *Ecoles d'infirmières*, à Paris. — M. Joret (Armand-Marie), pharmacien à Lanvolles (Côtes du-Nord). — MM. les Drs KŒNIG (Jean-Edmond), médecin oculiste à Paris. — Kuhn (Fernand), médecin à Paris. — Laffont (Marc-Jean-Léopold), médecin à Paris. — Laval (Elisée-Victorin-Marius), médecin-major de 1re classe au 7e régiment du génie. — Lebreton, médecin, conseiller municipal à Lassay (Mayenne). — LEGRAIN (Maurice-Paul), médecin en chef à l'asile de Ville Evrard (Seine et-Oise). — Lehmann (Charles-Antoine), président de l'association philotechnique de Clichy (Seine), délégué cantonal. — Lignac (Louis-Pierre (Léopold-Désiré), médecin inspecteur des écoles à Villeneuve-de-Marsan (Landes), délégué cantonal. — Linarès (Jean-Léon-François-Edouard), médecin inspecteur des enfants du premier âge, maire de Lineuil (Dordogne), délégué cantonal.

MM. les Drs Marie (Edmond-Henri), médecin, adjoint au maire de Saint-Aignan-sur-Cher (Loir-et-Cher), délégué cantonal. — Marié (Paul-Marie-Hippolyte), professeur à l'école dentaire de Paris — Moulinier (Pierre-Achille-Adolphe), médecin, maire d'Excideuil (Dordogne) délégué cantonal. — Ollé Valéry-Marie-Dominique), médecin inspecteur des écoles de Saint-Gaudens (Haute-Garonne). — Ollive (Gustave-Pierre-Marie), médecin de l'école normale d'instituteurs à Nantes. — Paganel (Jean-Joseph), médecin à Saint-Sylvestre (Lot-et-Garonne). — Petit (Jean-Antoine-Joseph-Michel), médecin en chef de l'hôpital de Cette. — Pouiliot (Jules), président du conseil d'arrondissement, délégué cantonal, à Givry-en-Argonne (Marne). — Puech (Germain-Jean-Joseph), médecin à Rodez, délégué cantonal. Roullay (François-Xavier-Ferdinand), médecin principal de première classe, directeur du service de santé de la division d'Alger. — Rousseau Saint-Philippe (Jules Léon), médecin à Bordeaux, président de l'Association des anciens élèves du lycée de Bordeaux. — Sallefranque (Jean-Louis-Marie) médecin à Saint-Maur-des-Fossés (Seine), délégué cantonal. — Salomon (Louis) médecin inspecteur des écoles à Savigné-l'Evêque (Sarthe), délégué cantonal. — Savoire (Victor-Camille), médecin à Paris. — Schlemmer (Charles-Georges), professeur à l'Union des femmes de France à Paris. — Sicard (Auguste), médecin du collège de garçons de Castres. — Soulié (Frédéric-Louis-Guillaume), médecin de l'Assistance publique, de la Société des Gens de Lettres et du Ministère des Travaux publics. — Steibel (Théophile-Léger), président du Conseil d'arrondissement et de la délégation cantonale, conseiller municipal à Tournan (Seine-et-Marne). — Soula (Eugène), maire de Pamiers (Ariège), médecin inspecteur des écoles. — Touraugin des Brissard (Gaston-Georges), médecin inspecteur des écoles du XIe arrondissement à Paris. — Vincent (Victor-Alfred), maire de Mouvaux (Nord), délégué cantonal.

Officiers d'Académie : MM. les Drs Agussol (Pierre-Marie), médecin du service de colonisation à Penthièvre (département de Constantine). — Armand (Jules-François), médecin de l'école normale d'instituteurs d'Albertville, délégué cantonal, — Aubineau (Ernest-René-Emile), médecin oculiste du lycée de Brest. — Aubry (Charles-Victor), maire de Prunay-le-Gillon (Eure-et-Loir). — Bailly (Pierre-Lucien), médecin à Paris. — Ballan (Henri-Etienne-Auguste), médecin inspecteur des écoles et du bureau de bienfaisance du XXe arrondissement à Paris. — Barbanneau (Auguste), maire de Pouzauges (Vendée). — Bargy (Jacques-Emile), conseiller général, médecin en chef de l'asile d'aliénés de la Cellette (Corrèze), délégué cantonal. — Barre (Edmond-Victor), maire de Passais (Orne), délégué cantonal. — Barre (Eugène), maire de Caromb (Vaucluse). — Beausse (Louis-Henri), médecin à Paris. — Bellat (Marie-Antoine-Georges-Edmond), directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Breuty la-Couronne (Charente). — M. Bernhard (Joseph), pharmacien à Etrépagny (Eure), délégué cantonal. — MM. les Drs Bertaille, médecin à Ancy-le-Franc (Yonne). — Bex (Gabriel), conseiller d'arrondissement, maire de Saint Simon (Lot). — Billet (Pierre-Charles-Louis), médecin principal de première classe, chef de l'hôpital militaire de Marseille. — MM. Bioux (Léon-Désiré), chirurgien-dentiste à Paris. — Blanc (Marie-Barthélemy-Eugène), pharmacien à Gap, délégué cantonal. — MM. les Drs Blottière (Léon), médecin à Paris. — Bole (Emile-Désiré), médecin, conférencier à Roubaix (Nord), délégué cantonal. — Bon (Albert), conseiller municipal à Orthez (Basses-Pyrénées), délégué cantonal. — Bonnaud (Charles-Jules-Noël), médecin à Paris. — Boudon (Edouard-Etienne), médecin à Gennevilliers (Seine). — M. Bourniquel (Gaston Louis-Léon), pharmacien à Toulouse, président de l'orphéon de Saint-Cyprien. — M. le Dr Bouteron (René Camille-Balthazar), médecin à Paris. — M. Bouvet (Jules) chirurgien-dentiste à Angers. — M. le Dr Brigault (Félix-Jean-Emile), médecin à Sainte-Maure-de-Touraine (Indre-et-Loire). — M. Brossard (Laurent-Jean), pharmacien à Saint-Etienne. — MM. les Drs Bron (Jean), médecin à Crazannes (Charente-Inférieure). — Bureau (Achille-Marie-Benoni) médecin à Corbeil (Seine-et-Oise).

MM. les Drs Cachera (Charles-Henri-Joseph), médecin à Paris. — Cadeau (Emile-Charles), délégué cantonal à Tourcoing (Nord). — Calton (Georges-Charles-Antoine), médecin à Paris. — Campana (Jules-Pierre), médecin à Cervione (Corse). — Capmas (Paul-Yon), médecin à l'asile national du Vésinet (Seine-et-Oise. —

Carton (Augustin), conseiller général, délégué cantonal à Mehun (Cher). — Castets (Maurice) médecin à Mées (Landes). — Chabert (Georges-Marie-Marcel), médecin inspecteur des écoles à Seiches (Maine-et-Loire), président de délégation cantonale. — Chardon (Emile), médecin en chef de l'asile d'aliénés de Rennes. — M. Charisson (Paul-Jules-Antoine), pharmacien à Corrèze (Corrèze), délégué cantonal. — MM. les Drs Charroppin (Paul) médecin inspecteur des écoles à Paris. — Charvet (Adalbert-Claude-René), médecin à Bois-Colombes (Seine). — Chéron (Louis-Sébastien), chirurgien-dentiste à Tarbes. — MM. les Drs Christen (Edouard), médecin inspecteur de l'école maternelle Montbauron et du Bureau de Bienfaisance à Versailles. — Christine (Léon-Marie), médecin suppléant à l'Institut départemental des sourds-muets à Asnières (Seine). — Clairfond (Charles-Victor), médecin à Paris. — Coquet (François-Marie), médecin à Bordeaux. — Courtade (Denis) médecin à Paris. — Courtade (Hippolyte) médecin à Outarville (Loiret) délégué cantonal. — Crespin, président de la Société philharmonique de Valence (Drôme). — Crouzet (Marie-Gaston-Aristide), médecin oculiste, maire de Nîmes (Gard).

MM. les Drs Dalbéra (Victor), médecin inspecteur des écoles, conseiller d'arrondissement à Contes (Alpes-Maritimes. — Dausse (Jean-Marie), médecin à Bordeaux.— Dauzats (Georges-Edouard-Barthélemy), médecin à Sceaux (Seine). — Decourt (Edgard-Henri-Fernand), médecin à Mitry-Mory (Seine-et-Marne). — M. Delair (Léon), chirurgien-dentiste à Nevers. — MM. les Drs Delaux (Edouard-Lucien), médecin à Bresles (Oise), délégué cantonal. — Delobel (Jules), médecin à Noyon (Oise), délégué cantonal. — Delpierre (Casimir-Victor), maire d'Ansauvilliers (Oise), délégué cantonal. — Delplanque (Pierre-Emile) conseiller d'arrondissement à Lille, délégué cantonal. — Desprez (Georges-Charles) pharmacien à Paris, professeur à l'Union des Femmes de France.— M. le Dr Dorlan, médecin à Montmeyron (Drôme), délégué cantonal. — M. Douhet (Jules-César), chirurgien-dentiste, à Paris. — M. le Dr Droubaix (Louis), médecin à Paris. — M. Dubernet (Isidore), pharmacien, adjoint au maire de Villandraut (Gironde). — MM les Drs Dubar (Eugène François), médecin à Paris.— Ducloux (Léon-Emile-Paul), médecin, maire de Cahuzac-sur-Vère (Tarn), délégué cantonal. — Dugardin (Albert), médecin à Paris. — M. Duguet, pharmacien à Longjumeau (Seine-et Oise), délégué cantonal. — MM. les Drs Dulac (Paul-Philippe) médecin de l'école normale d'instituteurs de Montbrison (Loire), délégué cantonal. — Dulieu (Charles-Jules), maire de Longueval (Aisne), délégué cantonal. — Dupeux (Alphonse-Anatole), conseiller d'arrondissement, adjoint au maire de Bordeaux. — Dupiellet (Pierre), maire de Carlux (Dordogne) délégué cantonal. — Dupont (Maurice-Henri-Charles-Victor), médecin à Paris.

MM. les Drs Escoffier (François Pierre-Louis) maire de Thuir (Pyrénées-Orientales), délégué cantonal. — Ertzbischoff (Jules-Auguste), médecin du bureau de bienfaisance du 20e arrondissement de Paris.— Evesque (Aimé), conseiller général, conseiller municipal à la Motte Chalancon (Drôme), délégué cantonal.

M. Faucillon (Eugène-Louis Emile), médecin à Chinon (Indre-et-Loire), délégué cantonal. — M. Fayoux (Auguste), chirurgien-dentiste, à Niort. — MM. les Drs Fiohot (Jean-Louis), maire de Neuilly-Plaisance (Seine-et-Oise), délégué cantonal. — Fillioux (Victor-Adélard-Raphael), adjoint au maire de Contres (Loir-et-Cher). — Folliot (Stanislas), médecin en chef des hospices de la maternité, adjoint au maire de Chateau-Gonthier (Mayenne). — Fortin (Fernand-Louis), médecin inspecteur des écoles, chirurgien des hôpitaux, à Rouen.

MM. les Drs Gachet (Paul-Ferdinand), médecin inspecteur des écoles, à Paris. — Gagey (Charles), médecin du collège de Dôle (Jura). — Galibert (Paulin), médecin à Clermont (Hérault).— Gardette (Aimé-Marie-Privas), médecin à Paris. — Garet, médecin-major, à Brest. — Gautier (Louis-Eugène), maire de Pouilly-sur-Loire (Nièvre), délégué cantonal. — Genesteix (Ernest-Jean-Baptiste-Théobald), médecin à Paris. — Gilbert (Ambroise-Georges), médecin à Paris. — Gillard, médecin à Suresnes (Seine), membre de l'association philotechnique de Suresnes et de plusieurs sociétés savantes.— Gindicelli Joseph, médecin de colonisation de 1re classe à Fleurus (département d'Oran). — Got Pierre André, sous-chef du laboratoire d'histologie de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris. — Gougeon (Georges-René), médecin du lycée et de l'école normale d'institutrices de Laval. — Gourichon Henri Pierre, médecin inspecteur des écoles à Paris. — Groli (Léon-Jean-Eugène), médecin, à Grenoble. — Grunberg (Jacob), médecin à Paris, professeur aux secouristes français. — Guertin (Jacques), médecin à Chalo-Saint-Mars (Seine-et-Oise). — Guesdon (André), médecin à Buzançais (Indre). — Guibal (Raymond), médecin à Montpellier. — Guidon (Hippolyte), médecin à Ligny (Meuse), délégué cantonal. — Guyot (Joseph-Auguste-Adrien), directeur-médecin en chef de l'asile départemental d'aliénés de la Marne.

MM. les Drs Hernette (Louis-Jean-Baptiste), médecin à Saint Martin-de-Ré (Charente-Inférieure).— Hirtz (Edgard), médecin du lycée Voltaire à Paris.— Hommey (François-Marie-Joseph), délégué cantonal à Sées (Orne). — Izoard (Marie-Gustave), délégué cantonal à Embrun (Hautes-Alpes).

MM. Jacquemart (Charles), conseiller général à Saint-Julien Haute-Savoie). — Janet (Marie-Jules-Paul), médecin à Paris, ancien professeur à l'institut commercial. — Jayle (Félix-Léon), publiciste scientifique à Paris. — M. Juredieu (Jean-Marie), pharmacien, président de la délégation cantonale à Montceau-les-Mines (Saône-et-Loire).

MM. les Drs Keller (Léon-Jules-Eugène), médecin à Colombes (Seine), professeur à la société de l'Union des femmes de France (section de la Garenne). — Klein (Marie Joseph-Alfred), médecin principal, chef des salles militaires de l'hôpital mixte de Nantes. — Kleinschmidt (Gabriel-Pierre-Marie), médecin du bureau de bienfaisance à Montpellier. — Knoert (Jean), conseiller général, médecin à Reims. — Kocker, médecin à Monflanquin (Lot-et-Garonne).

MM. les Drs Labelle (Charles-Henri), de Paris. — Labit (Henri-Joseph Jules-Pierre), médecin-major de 1re classe au Ministère de la Guerre. — Labitte (Fernand-Guillaume), à Paris. — MM. Labouré (Charles), pharmacien, suppléant au juge de paix et chef de la fanfare de Saulieu (Côte d'Or). — Laboureur (Louis Eugène), pharmacien chimiste à Paris. — MM. les Drs Lacurie (Elemir), médecin inspecteur des écoles à Montgiscard (Haute-Garonne), délégué cantonal. — Lafount (Henri-Louis), médecin de l'assistance publique, délégué cantonal du XIVe arrondissement à Paris. — Lafourcade (Jules), conseiller d'arrondissement, président de l'association des anciens élèves du lycée de Bayonne. — M. Lambert (Etienne-Jean), pharmacien à Brétigny-sur-Orge (Seine-et-Oise). — MM. les Drs Lejeune (Eugène-Paul), maire de Créchy (Allier), délégué cantonal. — Lelarge (Charles Alexandre-Arthur-Marcel), à Paris. — Lemonnier (Eugène-Edmond), de Troarn (Calvados). — Lerat (Pierre-Eugène), délégué cantonal à Evreux. — Lefevre (Armand-Louis), de Malakoff (Seine). — Lefranc (Edouard-Louis), conseiller d'arrondissement, maire de Clécy (Calvados). — Laumet (Paul), à Troyes (Aube), secrétaire du comité de l'association des Dames françaises. — Laurent (Pierre), à Bois-Colombes (Seine). — Laurent (Joseph-Sylvestre), médecin inspecteur pour la protection des enfants du premier âge à Cavillargues (Gard). — Letellier (Paul-Augustin), à Paris. — Leuillieux (Abel), à Conlie (Sarthe), délégué cantonal. — Laret (Marie-Etienne), maire de Saint-Georges-d'Oléron (Charente-Inférieure), délégué cantonal. — Magdelaine (Louis-Philippe), à Paris. — Magnan (Elie), conseiller général, médecin inspecteur des écoles, délégué cantonal à Luc-en-Diois (Drôme). — Malon (Emile-Auguste), maire du Teilleul (Manche), délégué cantonal. — Marietti (Marc-Aurèle), médecin du collège et de l'hospice à Ajaccio. — Martin (Achille-Jules) médecin inspecteur des écoles, médecin en chef de l'hôpital d'Issoudun (Indre). — Martin, à Conches (Eure). — Martres (Lucien), médecin, maire, délégué cantonal à Betchat (Ariège). — Massard (Prosper), médecin du bureau de bienfaisance, à Saint-Henry-Marseille (Bouches-du-Rhône). — Mauhon (Jules-Epiphane), maire de Bettaincourt (Haute-Marne). — Mercier (Raoul-Gabriel), publiciste à Paris. — Merveilleux (Jacques-Louis), médecin de colonisation et inspecteur des écoles à Bou-Sfer (Oran). — Messier (Léon), maire de Badonvilliers (Meurthe-et-Moselle), président de la délégation cantonale. — Michel-Dansac (Adrien), à Paris. — Miltas (Abel-Théophile), médecin, conseiller d'arrondissement, délégué cantonal à la Souterraine (Creuse). — Mossel (Jules-Marc-André), médecin de l'École normale d'instituteurs de Macon.

MM. les Drs Naudin (Louis-Théophile), à Paris. — Nissin (Jacques), à Paris. — Netter (Louis), à Paris. — Ouvry (Cyrus-Auguste), à Limeray (Seine-Inférieure). — M. Paris (Joseph-Guillaume), pharmacien à Crécy-en-Brie (Seine-et-Marne). — MM. les Drs Paris (Henri), à Chantonnay (Vendée), conseiller général, délégué cantonal. — Paux (Pierre-Désiré), à Lille. — Paysan (Léon-Auguste Andéol), médecin inspecteur des écoles à Marseille. — M. Pelisse (Paul), pharmacien à Paulhan (Hérault).

MM. les Dr Penot Auguste-Odile-Cerasam, à Malhesherbes (Loiret). — Péraire Maurice); à Paris. — Peyre (François-Alexandre), à Bordeaux. — Mme Pisalix (née Picot), médecin à Paris.

MM. Plaignard-Flaissières (Henri-André Joseph), médecin à Marseille. — Planchon (Pierre), à Paris. — Platelle (François-Isidore), à Rosult (Nord), délégué cantonal. — Poirrier (Philippe-Henri), conférencier de la ligue de l'enseignement à Paris. — Pombourcq (René-François), conseiller d'arrondissement à Acheux (Somme). — Pommier (Jules-Eugène Ferdinand), conseiller général, délégué cantonal, à Thorigny sur Vire (Manche). — Ponzio (Pierre-Louis), membre de la Société française d'hygiène, à Paris. — Pradel, médecin à Prades (Pyrénées-Orientales). — Quemille pharmacien à Niort.

MM. les Drs Rachet (Pierre-Armand), médecin en chef de l'hospice de Honfleur (Calvados), délégué cantonal. — Rebière Jean-

Joseph), à Bonnières (Seine-et-Oise). — Renaud (Jean-Dierre), délégué cantonal à Gy (Haute-Saône). — Ricard (Jean-Etienne), à Agen, délégué cantonal, président de la société agenaise d'éducation populaire, secrétaire général de l'association des anciens élèves du lycée. — Riche (Roger-Renold), à Paris. — Ricoux (Léon-Marie-Alfred), à Levallois-Perret. — Ringuet (Martial), délégué cantonal à Trélon (Nord). — Riou (Joseph-Jacques), médecin des écoles de Challans, délégué cantonal, à Beauvoir-sur-Mer (Vendée). — Rivière (Paul), délégué cantonal à Bordeaux.— Robin (Pierre), à Paris. — Robin (Emile), médecin-inspecteur des écoles à Pantin (Seine).— Rodiet (Antony-Maurice), à Moret-sur-Loing (Seine-et-Marne). — M. Rœser (Paul-Louis), pharmacien-major de 1re classe à la garde républicaine. — MM. les Drs Rossignol (Francis), médecin inspecteur des écoles à Vitré, délégué cantonal. — Rouge (Georges-Etienne-Charles), médecin attaché à la préfecture de la Seine. — Rouveyrolis (Félix-Antoine), médecin de l'administration pénitentiaire à Aniane (Hérault), délégué cantonal. — Ruault (Armand-Edouard-Albert), à Paris.

MM. les Drs de Saint-Fuscien (Eugène-Hébé), à Grandvilliers (Oise), délégué cantonal. — Santelli (Raphaël), conseiller d'arrondissement, conseiller municipal à Canari (Corse). — M. Saune (Bertrand-Maxime-Emile), pharmacien à Aspect (Haute-Garonne). — MM. les Drs Schneider, à Oran (Algérie).— Savidan (Gustave-René-Marie), à Lannion (Côtes-du-Nord). —Sée (Arthur), médecin du dispensaire municipal de Grenelle, à Paris. — Séguinard (Jean), conseiller municipal à Bazas (Gironde). — SÉRIEUX (Paul-Raymond). médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise). — Sicard (Marie-Joseph-Henri), à Paris.— Sizaret (Charles-Joseph-Jules), médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Saint-Ylie (Jura).— Sonrel (Jean-Maurice-Léon-Camille), à Paris. — Tarrade (Firmin), conseiller général, maire de Châteauneuf-la-Forest (Haute-Vienne). — Terrien (Adrien-Félix), membre de la société française d'ophtalmologie. — Thierry, maire d'Ancy-le-Franc (Yonne).— Thérèse (Marie-Louis), à Paris. —Tissier (Paul), à Paris.

MM. les Drs Vandier (Victor-Antonin) à Breloux (Deux-Sèvres), délégué cantonal. — Vannereau (Ernest), médecin du collège d'Auxerre. — Verdenal (Paul-Bernard-Jean-Baptiste), médecin à Pau. — Vicente (Manuel-Miguel), à Paris. — Villemus (Alfred), conseiller d'arrondissement, médecin inspecteur des écoles à Trets (Bouches-du-Rhone), président de la délégation cantonale. — M. Vincent (A.), pharmacien à Grenoble. — MM. les Drs Weill (Paul-Raphael), médecin conférencier, à Versailles.— Weisgerber (Guillaume-Alfred), à Paris professeur à l'Union des Femmes de France.

Officiers de l'instruction publique : MM. Bru (Paul-Marie), directeur de l'hôpital Ricord à Paris. — PINON (Edouard-Jacques-Félix), directeur de l'hospice de Bicêtre, professeur à l'*Ecole d'infirmiers et d'infirmières* de Bicêtre. — Mme Cremnitz (Marguerite-Jeanne), présidente et fondatrice de crèches, à Paris — Mme veuve Hubert (Angelina), dame déléguée à l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Officiers d'académie : Longepierre (Aimé-François-Joseph), directeur de l'hôpital Boucicaut à Paris. — Mlle Beaumont (Léontine), sous-surveillante à l'hôpital Saint-Antoine à Paris. — Berruyer (Gaston-Paul) ,directeur de l'hôpital Broca à Paris.— Camus Sainte-Foy, inspecteur de l'Assistance publique de Lot-et-Garonne, ancien maire du Buzet (Lot-et-Garonne).

Enseignement médical libre.

Technique histologique et histologie. — M. J. JOLLY commencera, le mardi 16 avril 1901, au Laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe, rue des Ecoles), une série de conférences pratiques sur la technique histologique et l'histologie. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures.

FORMULES

XXV. — Contre la congestion cérébrale.

Ergotinine.	0 gr 01 centig.
Acide lactique	0 gr. 02 —
Eau de laurier-cerise . . .	10 grammes.

2 à 3 injections hypodermiques en 24 heures. (G. Lyon.)

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE FRANCE. — Dans la séance du mois de mars de la Commission administrative de la Société centrale il a été accordé à onze veuves d'anciens sociétaires une somme de 1450 francs. Le Dr B.., a racheté sa cotisation annuelle 400 francs. Une veuve secourue autrefois remercie la Société et lui annonce que sa situation s'est améliorée.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 24 mars au samedi 30 mars 1901, les naissances ont été au nombre de 1.078 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 407, illégitimes, 144. Total, 551. — *Sexe féminin* : légitimes, 386, illégitimes, 141. Total, 527.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 24 mars au samedi 30 mars 1901, les décès ont été au nombre de 1130, savoir : 601 hommes et 529 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 1, F. 2, T. 3. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. —Variole : M. 4, F. 8, T. 12.—Rougeole : M. 5, F. 9, T. 14. — Scarlatine : M. 1, F. 4, T. 5. — Coqueluche : M. 2, F. 0, T. 2. — Diphtérie et Croup : M. 11, F. 7, T. 18. — Grippe : M. 14, F. 4, T. 18. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0.— Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0, — Autres maladies épidémiques : M. 1, F, 4, T. 5. — Tuberculose des poumons : M. 161, F. 100, T, 261. — Tuberculose des méninges : M. 17, F. 7, T. 24. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 8, T. 18. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 24, F. 34, T. 58. — Méningite simple : M. 14, F. 7, T. 21. —Congestion hémorragique et ramollissement du cerveau : M. 26, F. 20, T. 46. — Maladie organique du cœur : M. 32, F, 45, T. 77. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 5, T. 17. — Bronchite chronique : M. 23, F. 27, T. 50. — Pneumonie : M. 25, F. 25, T. 50. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 54, F. 56, T. 110. — Affection de l'estomac (cancer exc.) : M. 5, F. 4, T. 9. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 4, F. 3, T. 7; autre alimentatlon, M. 10, F. 10, T. 20. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Hernies, obstruction intestinale : M. 2, F. 2. T. 4. — Cirrhose du foie : M. 1, F. 0, T. 1. — Néphrite et mal de Bright : M. 20, F. 15, T. 35. —Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 1, T. 1. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 25, F. 17, T. 42. — Débilité sénile : M. 15, F. 34, T. 49. — Morts violentes : M. 9, F. 8. T. 17. — Suicides : M. 6, F. 3, T. 9. — Autres maladies : M. 56, F. 51, T. 107. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 17, F. 5, T. 22.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 64, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 9. Total : 35. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 7, Total : 24.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Laryngologie, Rhinologie et Otologie.* — 1° *Cours* : M. le Dr CASTEX, chargé de Cours complémentaire, reprendra ses leçons, à l'Amphithéâtre Cruveilhier (Ecole Pratique), le mardi 16 avril 1901, à 3 heures, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le cours est public et gratuit. — 2° *Exercices pratiques* : Sous la direction de M. le Dr Castex, assisté de MM. les Drs Collinet, Rabé et Guisez, anciens internes des Hôpitaux. Les exercices pratiques ont lieu toute l'année, sans interruption. Examen et traitement des malades tous les jours de 3 heures à 5 heures. Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté, guichet n° 1, les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours des voyageurs naturalistes. — Programme des cours pour l'année* 1901. — 16 avril. Leçon d'ouverture, M. Ed. Perrier. —18 avril. L'homme dans ses rapports zoologiques, M. Hamy. — 20 avril. L'homme dans ses travaux et son industrie, M. Verneau. — 23 avril. Mammifères, M. E. Oustalet. — 25 avril. Oiseaux, M. E. Oustalet. — 27 avril. Reptiles et Poissons, M. L. Vaillant. — 30 avril. Vers et Zoophytes, M. Ed. Perrier. — 2 mai. Mollusques, M. T. de Rochebrune. — 4 mai. Crustacés, Arachnides, Myriapodes, M. E. L. Bouvier. — 7 mai. Insectes, M. P. Lesne. — 9 mai. Anatomie comparée, M. H. Filhol. — 11 mai. Plantes phanérogames, M. E. Bureau. — 14 mai. Plantes cryptogames, M. Morot. — 18 mai. Plantes vivantes, M. Bois. — 21 mai. Géologie, M. Stanislas Meunier. — 23 mai. Minéralogie, M. A. Lacroix. — 25 mai. Spéléologie, M. Martel. — 30 mai. Paléontologie, M. Boule. — 1er juin. Hygiène des voyageurs, M. Gréhant. — 4 juin. Météorologie, M. D. Berthelot. — 6 juin. Détermination du point en voyage. Notions sommaires de Géodésie et de Topographie, M. Bigourdan. — 8 juin. Représentation du terrain par les cartes, M. le commandant Javary. — 11 juin. La photographie dans la construction des cartes et plans, M. le commandant Javary. —

13 juin. Outillage et organisation d'un voyage, M. J. Dybowski.

Ces leçons commenceront le mardi 16 avril, à dix heures du matin, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Zoologie, et continueront les jeudis, samedis, et mardis suivants, à la même heure. Dans des Conférences pratiques faites dans les Laboratoires ou sur le Terrain, les auditeurs seront initiés à la récolte ou à la préparation des collections, aux relevés photographiques, à la détermination du point en voyage et à des notions sommaires de Géodésie et de Topographie. (Les jours et heures de ces Conférences seront indiqués à la suite des leçons.)

Cours de physiologie végétale appliquée à l'agriculture. — M. P.-P. Dehérain, professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le mardi 16 avril 1901, à deux heures, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Minéralogie, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. Le professeur étudiera les plantes cultivées, dans la région septentrionale de la France, dans l'ordre où elles se présentent dans l'assolement triennal. Plantes sarclées : Betteraves ou pommes de terre industrielles et fourragères. Blé. Avoine. Prairies artificielles. Préparation du sol. Engrais à employer. Mode de distribution. Dans les conférences qui auront lieu le lundi, à une heure trois quarts, dans le laboratoire, rue de Buffon, n° 63, on exécutera les expériences de physiologie relatives au développement des plantes étudiées dans le cours et les opérations qui servent à établir la valeur industrielle ou alimentaire des betteraves et des pommes de terre. Ces conférences commenceront le lundi 22 avril 1901.

Concours de chirurgien des hopitaux. — *Questions de l'épreuve écrites* : Gaines synoviales palmaires, leur synovite chronique. *Questions restées dans l'urne* : Vaisseaux du rectum; hémorrhoïdes. Ligaments de l'articulation de la hanche ; luxation congénitale de la hanche.

Congrès de la tuberculose. — Le prochain congrès général de la tuberculose se tiendra à Londres, du 22 au 26 juillet, sous la présidence du roi Edouard VII. Il y aura quatre sections : 1° Section d'Etat et municipale ; 2° section médicale, sanatoria, climatologie ; 3° section pathologique, bactériologie ; 4° section vétérinaire. Les Prs R. Koch, Brouardel, Mac-Faydeau prononceront tour à tour des discours. Adresser les communications, 20, Hanover square, Londres.

Société internationale pour l'étude des questions d'assistance. — La prochaine séance de la Société Internationale pour l'étude des questions d'assistance aura lieu le vendredi 12 avril, à quatre heures, au siège social, 14, place Dauphine. — *Ordre du jour* : 1° Présentation et nomination de membres nouveaux. Communications diverses. — 2° Suite de la discussion sur les moyens d'entente entre l'assistance publique et la bienfaisance privée. (Examen des textes proposés au sujet de la communication réciproque des résultats d'enquêtes ; composition des offices charitables, etc...). 3° Communication de M. le Dr Bourrillon sur l'apprentissage et le patronage des mutilés. (Assistance par le travail aux privés de ressources).

Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — *Assemblée générale, dimanche 14 avril 1901, au siège social, 22, place Saint-Georges, Paris.* — Réunion du comité directeur : le samedi 13 avril, à 2 heures 1/2 très précises. — Réunion du comité des censeurs : le dimanche 14 avril, à 9 heures du matin. — Assemblée générale : le dimanche 14 avril, à 10 heures du matin. — *Ordre du jour* : L'importance des questions qui seront traitées à la prochaine Assemblée générale et l'intérêt qu'elles présentent pour les adhérents et leur famille engagent le Comité directeur et le Comité des censeurs à prier ces derniers d'assister à cette réunion. Comme, d'après les statuts, *le vote par correspondance est admis*, il est nécessaire de fournir quelques explications succinctes qui permettent aux absents d'émettre un avis et un vote en connaissance de cause. 1° Lecture et adoption du procès-verbal de l'Assemblée de 1900. 2° Lecture du compte rendu annuel par le secrétaire général. 3° Lecture du rapport du trésorier. 4° Lecture du rapport des censeurs. 5° Propositions soumises par le Comité directeur à l'assemblée.

Poste médical. — A céder de suite, pour raisons de famille, bon poste médical dans jolie petite localité de la Nièvre, sur ligne de chemin de fer, à cinq heures de Paris ; on ne demande pas d'indemnité ; seule condition : prendre la suite d'un bail de 500 francs ; pays riche et payant bien. Belles routes. — S'adresser aux bureaux du journal.

Chronique des Hôpitaux.

Hopital de la Pitié. — M. le Dr Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses *conférences cliniques sur les maladies du système nerveux*, samedi, 20 avril 1901, à 10 h. 1/4 du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, 19.

Bocquillon-Limousin (H.). — Formulaire des médicaments nouveaux pour 1901. In-18 cartonné de 340 p. — Prix . . 3 fr.

Brouardel (P.). — L'avortement. In-8 de VIII-376 pages. — Prix. . . . . 7 fr. 50

Chauvain (L.). — Pour se défendre contre la tuberculose pulmonaire. In-18 cartonné de 80 pages. — Prix. . . . 1 fr. 50

Gilles de la Tourette. — Le traitement pratique de l'épilepsie. In-16 de 96 pages. — Prix . . . . 1 fr. 50

Vincent (E.). — Manuel des infirmières. Anatomie et physiologie. In-16 de 552 pages, avec 183 figures. — Prix. . . 6 fr.

Librairie CARRÉ et NAUD, 3, rue Racine.

Lauder-Brunton. — Action des médicaments. Leçons de pharmacologie et de thérapeutique professées à l'hôpital Saint-Bartholomew. Traduit de l'anglais par Bouqué et Heymans. In-4 de 596 pages, avec 146 figures. — Prix cartonné . . . 18 fr.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

Krafft-Ebing. — Médecine légale des aliénés. Traduit sur la dernière édition allemande et annotée par le Pr A. Remond (de Metz). Fascicule II : Partie civile. In-8 de 206 pages. — Prix des 2 fascicules . . . . 20 fr.

Mauriac (E.). — La défense du vin et la lutte contre l'alcoolisme. In-8 de 113 pages. — Prix. . . . . 2 fr.

Nicloux (M.). — Recherches expérimentales sur l'élimination de l'alcool dans l'organisme. — Détermination d'un alcoolisme congénital. In-8 de 68 pages, avec tableaux et 2 figures.

Polaillon. — Maladies des femmes. In-8 de IV-748 pages, avec 71 figures. — Prix. . . . . 12 fr.

Polaillon. — Affections chirurgicales du tronc. Mamelles organes génitaux de la femme. Statistique et observations. Tome II. 1re partie. In-8 de IV-748 pages, avec 71 figures. — Prix. 12 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, Succr, RUE DE RENNES, 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, No 15. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 13 AVRIL 1901

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Des sérums en thérapeutique.

Les sérums organiques;

Par Edmond VIDAL,
Membre de la Société de Médecine de Paris.

La lutte contre l'infection et les maladies infectieuses étant la raison d'être des *sérums en thérapeutique*, nous allons exposer rapidement l'évolution de la maladie infectieuse et les moyens de résistance de l'organisme qui nous conduiront droit à la sérothérapie.

I. INFECTION ET MALADIES INFECTIEUSES. — L'infection peut être définie *l'envahissement de l'organisme par un microbe plus ou moins caractérisé dont les secrétions ou toxines vont intoxiquer les éléments nobles.* Ces toxines, ainsi que l'a établi Armand Gautier, sont « généralement complexes ; elles se composent d'une faible proportion de matières alcaloïdiques accompagnées de produits azotés très actifs, intermédiaires entre les alcaloïdes véritables et les matières albuminoïdes, et jouissant souvent du pouvoir diastasique ».

Toxines. — On peut diviser les *toxines* en deux grandes classes, les unes se retrouvant dans les cultures filtrées à la bougie d'alumine sous pression, les autres faisant partie intégrante de la cellule microbienne et ne passant pas à la filtration. D'où deux modes d'action de cette même toxine, l'un *local* ne se produisant que dans la région en contact avec le microbe, l'autre *général* et agissant sur tout l'organisme. Le chauffage entre 60 et 100 degrés détruit cette toxine générale fonction du microbe, alors qu'une ébullition même prolongée n'altère pas la toxine locale, inhérente au microbe lui-même. De cette division, l'on peut tirer de suite une conséquence pratique : si un microbe donné sécrète une toxine soluble, son action même ira se faire sentir loin du point d'entrée, et l'infection sera soumise à la *virulence* du microbe. Au contraire, si la toxine est insoluble, de la pullulation plus ou moins rapide du microbe inoculé dépend la maladie infectieuse, dont la gravité sera en raison directe du *nombre* de microbes produits au lieu d'inoculation.

L'attaque. — Étant donné un microbe pathogène pénétrant dans l'organisme, que va-t-il devenir ? S'il rencontre un *terrain propice*, si les conditions requises pour son développement sont favorables, il va se multiplier rapidement et, par la voie sanguine et lymphatique, envahir l'organisme. Le sang étant un mauvais milieu pour lui, il ne fait qu'y passer et va se localiser dans des tissus plus aptes à son développement, dans le cœur, le rein, la paroi des vaisseaux, etc...

S'il a pris la voie des lymphatiques, il parvient aussi, malgré l'action vigilante des ganglions qui cherchent à lui opposer un barrière, aux organes qui lui conviennent et y prolifère, traduisant bientôt sa présence par des troubles fonctionnels de diverse nature causés par les toxines, et dont le plus constant est la *fièvre*.

La défense. — Mais tout ne se passe pas toujours ainsi, car si le microbe cherche à envahir l'organisme, l'organisme, lui, se défend brillamment, et la victoire lui reste souvent. Dès la pénétration du microbe, dès la sécrétion des premières traces de toxines, en vertu d'un pouvoir biologique encore discuté, mais logiquement admissible, et que l'on pourrait désigner sous le nom *d'instinct cellulaire* au lieu de l'appeler *pouvoir chimicotoxique*, les leucocytes, nageant librement dans le sang, se précipitent à la rencontre de l'envahisseur, traversent par diapédèse les parois des vaisseaux, et, arrivant sur le microbe, cherchent à l'englober dans leurs multiples pseudopodes. S'ils sont en nombre suffisant, si leur vitalité est normale, ils restent maîtres du terrain, et, grâce à cette *phagocytose* qui l'a sauvé de l'envahisseur, l'organisme reprend sa vie normale qu'a troublée un instant cette tentative d'effraction.

État bactéricide. — Pour certains biologistes le phagocyte ne serait pas seul à défendre l'organisme ; il serait aidé par l'*état bactéricide des humeurs*, qui, dans certaines conditions, arrêteraient et tueraient même les microbes. Metchnikoff, le promoteur de la théorie phagocytaire, nie cet état bactéricide des humeurs et fait du phagocyte le seul agent destructeur des microbes dans nos tissus. Cet absolutisme nous paraît exagéré : il est difficilement admissible qu'en une seule classe de cellules soit monopolisée la défense de l'organisme et nous pensons que si les phagocytes jouent le principal rôle de défense contre les microbes, l'état non pas *bactéricide*, mais *antitoxique* des humeurs tend à neutraliser les toxines élaborées, neutralisation que continue le foie, en attendant que le rein les élimine.

Si nous posons en principe que la destruction microbienne et l'arrêt de l'infection sont dus à la phagocytose, le but que devra poursuivre notre thérapeutique sera *d'exalter, dans les maladies infectieuses l'activité des phagocytes* pour leur permettre d'englober aisément les microbes. Or, nulle substance chimique n'étant capable d'augmenter la vitalité des phagocytes, il fallait se tourner

vers les substances organiques. On injecta dans ce but du *sérum sanguin physiologique*; puis on étudia l'action sur l'organisme du *sérum d'animaux vaccinés* contre une maladie infectieuse. L'obtention *in vitro* des produits de sécrétion microbienne, des toxines, permit à Pasteur de découvrir qu'en laissant vieillir certaines toxines et en les inoculant aux animaux, on provoquait seulement une forme atténuée de la maladie à laquelle ces animaux résistaient et qui leur permettait de subir désormais l'inoculation d'une dose plusieurs fois mortelle du culture virulente. C'était le premier pas vers *l'atténuation des virus*, vers *l'immunisation*. La voie était ouverte à la *sérothérapie*.

Stimulines. — La recherche du mode d'action des sérums dits thérapeutiques nous ferait entrer dans de longs et fastidieux développements sans parvenir à une solution admise de tous. Nous nous contenterons de dire, en terminant cet exposé de l'infection et des modes de défense de l'organisme, que les dernières recherches de Metchnikoff font de ces sérums non pas des *antitoxiniques*, mais des *stimulants des cellules phagocytaires*, autrement dit des *stimulines*. C'est donc sur les cellules de l'organisme qu'agiraient ces *antitoxines*, dont la nature intime est encore inconnue, et dont l'utilisation en thérapeutique a peut-être été prématurée, la clinique n'étant pas encore parvenue à justifier les espérances qu'avaient permis de concevoir des expériences de laboratoire, faites dans des conditions particulières et sur un terrain choisi d'avance.

II. Les sérums en général. — En considérant, avec Landouzy, la sérothérapie comme « la méthode qui emprunte ses agents et ses moyens thérapeutiques aux sérums », nous aurons à étudier le sérum de sang physiologique, — le sérum du sang des malades ou convalescents, — le sérum des animaux immunisés et le sérum artificiel.

§ I. *Le sérum sanguin physiologique.* — Nous ne nous attarderions pas à étudier longuement la sérothérapie physiologique, fonction de l'hématothérapie et bien délaissée aujourd'hui, si cette méthode n'avait ouvert la voie aux travaux de sérothérapie antitoxique. C'est, en effet, après les expériences de Maurice Raynaud qui, dès 1877, avait établi la possibilité d'immuniser un animal contre la vaccine en lui injectant une certaine quantité de sang de génisse en pleine éruption vaccinale, que Charles Richet et Héricourt, puis le Pr Bouchard et ses élèves étudièrent les sérums d'animaux immunisés et découvrirent leurs propriétés thérapeutiques. Pensant que le chien et la chèvre étaient réfractaires à la tuberculose, c'est-à-dire incapables d'acquérir cette maladie, MM. Richet et Héricourt essayèrent d'injecter à des tuberculeux le sérum sanguin provenant d'une saignée faite à ces animaux. Aseptiquement recueilli dans des vases stérilisés et sur des animaux à jeun (le sérum d'animaux en pleine digestion pouvant contenir des microbes passés par les chylifères), le sang est laissé au repos pendant le temps nécessaire à la coagulation. Le sérum séparé, on le soutire au moyen d'un ballon-pipette, et on l'injecte en quantité plus ou moins grande sous la peau des malades.

Ce sérum est un liquide visqueux, de couleur jaune ambrée chez le chien, un peu rosée chez la chèvre, assez transparent, à réaction franchement alcaline. Il contient : 1° De l'eau, environ 90 0/0; 2° Des substances albuminoïdes (sérum-albumine, sérum-globuline); 3° des matières azotées (urée, xanthine, créatine, créatinine, etc.); 4° Des matières extractives (graisse, lécithine, fibrine, glucose); 5° Des sels minéraux (chlorure de sodium, phosphates, carbonates, etc.); 6° Des gaz (CO^2—O).

Les effets obtenus par MM. Richet et Héricourt furent assez sensibles; les tuberculeux injectés reprirent du poids, leur appétit revint, l'affaiblissement diminua, mais *on ne put noter aucun effet spécifique sur les bacilles tuberculeux et il fallut n'attribuer au sérum sanguin physiologique qu'une action tonique et stimulo-nutritive nullement supérieure à l'action des sérums dits artificiels.* Après Richet et Héricourt, Dominici injectant du sérum de chien, Bertin et Pick, Lépine, du sérum de chèvre, obtinrent les mêmes résultats, mais sans le moindre effet curatif.

Les travaux de laboratoire se succédèrent; on découvrit au sérum sanguin un *pouvoir globulicide* altérant les hématies d'espèce différente et disparaissant par le chauffage à 55°; — un *pouvoir coagulant* agissant sur le sang d'animaux d'espèce différente et disparaissant aussi à 55°; un *pouvoir toxique* se manifestant toujours sur les animaux d'espèce différente, et ne disparaissant pas, celui-ci, par le chauffage. Mais aucune application pratique ne put être nettement définie, et la sérothérapie physiologique n'est plus à l'heure actuelle qu'une méthode d'expérimentation sans valeur thérapeutique précise.

§ 2. *Le sérum du sang des convalescents et des malades.* — Pas plus que le sérum du sang physiologique, le sérum du sang des malades ou des convalescents n'est avantageusement infecté à l'heure actuelle . Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, Weiss a injecté du sérum sanguin de convalescents d'attaque récente; il aurait obtenu une diminution de la tuméfaction et des douleurs articulaires, ainsi qu'un abaissement notable de la température. Mais cette action curative fut très fugitive et après quelques heures, la maladie reprit son cours. Dans la *pneumonie*, de Lichtheim abaissa parfois avec du sang de convalescents la température initiale, mais dans un certain nombre de cas l'effet fut nul, et dans d'autres se produisit une subite aggravation. Dans la *fièvre typhoïde*, Chantemesse et Widal, puis Hammerschlag déterminèrent un abaissement temporaire de la température mais aucune influence ne se produisit sur la marche de l'affection. Dans la *syphilis*, le sérum sanguin de syphilitiques atteints d'accidents secondaires et tertiaires, injecté à petite dose, par Wenioreski et par Pellizari, ne parut avoir aucune efficacité. Gilbert et Fournier, augmentant notablement les doses injectées obtinrent certains résultats, tels que la disparition d'éruptions roséolaires ou papuleuses ; néanmoins ils trouvèrent ces résultats insuffisants et dirigèrent alors leurs recherches vers la sérothérapie antitoxinique.

§ 3. *Les sérums d'animaux immunisés.* Les sérums d'animaux immunisés, dits sérums antitoxiques, sont déjà fort nombreux; il n'est pas de maladie infectieuse contre laquelle un sérum antitoxique n'ait été préconisé, pour être bien souvent rejeté après essai pratique. Car il y a loin de l'expérience de laboratoire à l'application clinique, et certains sérums qui, *in vitro*, neutralisent à petites doses de grandes quantités de toxines, restent inactifs quand ils sont injectés au malade, lorsqu'ils n'aggravent pas son état morbide. Aussi leur utilisation pratique, en dehors des services hospitaliers, véritable champ d'expérimentation des méthodes nouvelles, est-elle des plus restreintes et le praticien doit-il, avant de les employer dans sa clientèle, bien connaître et leurs applications et leur mode d'emploi.

Réglementation de la vente des sérums. Loi de 1899. — Echappant au contrôle chimique, les serums antitoxiques ne devront être employés que s'ils proviennent d'un laboratoire autorisé par le Comité consultatif d'hygiène et par l'Académie de médecine, ainsi que l'exige la loi du 25 avril 1895, qu'il y a grand intérêt à connaître et dont nous reproduisons ci-dessous le texte :

Loi concernant la préparation et la vente des sérums thérapeutiques et autres liquides organiques injectables. — Article premier. — Les virus atténués, sérums thérapeutiques, toxines modifiées et produits analogues pouvant servir à la prophylaxie et à la thérapeutique des maladies contagieuses, et les substances injectables d'origine organique non définies chimiquement, appliqués au traitement des affections aiguës ou chroniques, ne pourront être achetés, à titre gratuit ou onéreux, qu'autant qu'ils auront été, au point de vue soit de la fabrication, soit de la provenance, l'objet d'une autorisation du gouvernement.

rendue après avis du Comité consultatif d'hygiène de France et de l'Académie de Médecine.

Ces produits ne bénéficient que d'une autorisation temporaire et révocable. Ils seront soumis à une inspection exercée par une Commission nommée par le Ministre compétent.

Art. 2. — Ces produits seront délivrés au public par les pharmaciens, sur ordonnances médicales. Chaque bouteille ou récipient portera la marque du lieu d'origine et la date de sa fabrication. En cas d'urgence, les médecins sont autorisés à fournir à leur clientèle ces mêmes produits. Lorsqu'ils seront destinés à être délivrés à titre gratuit aux indigents, les flacons contenant ces produits porteront, dans la pâte du verre, les mots : Assistance publique. Gratuit. Ils pourront alors être déposés, en dehors des officines de pharmacien et sous la surveillance d'un médecin, dans des établissements d'assistance désignés par l'administration, qui auront la faculté de se procurer directement ces produits. Toutes ces prescriptions ne s'appliquent pas au vaccin humain ou animal.

Art. 3. — La distribution des substances mentionnées à l'article 1er, à quelque titre qu'elle soit faite, sera assimilée à la vente et soumise aux dispositions de l'article 423 du Code pénal et de la loi du 27 mars 1851. En conséquence, seront punis des peines portées par l'article 423 du Code pénal et par la loi du 27 mars 1851, ceux qui auront trompé sur la nature des dites substances qu'ils sauront être falsifiées ou corrompues et ceux qui auront trompé ou tenté de tromper sur la qualité des choses livrées.

Art. 4. — Toutes autres infractions aux dispositions de la présente loi seront punies d'une amende de 16 à 1.000 francs.

Bien qu'atténuant fortement la responsabilité des intermédiaires chargés de fournir au praticien le sérum antitoxique, cette loi ne le met pas à l'abri des insuccès ou des accidents, et tout récemment encore un laboratoire étranger mettait en circulation du sérum antidiphtérique contenant des bacilles tétaniques. — Pourtant, comme le faisait ressortir le Dr Bourillon dans son Rapport présenté à la commission de la Chambre le 5 août 1895, la réglementation de la vente des sérums est des plus sévères à l'étranger, particulièrement en Allemagne où un représentant de l'Etat attaché à chaque laboratoire enferme le sérum après sa préparation dans une armoire dont il a seul la clef. Il prélève ensuite au hasard dans cette armoire un certain nombre d'échantillons qu'il expédie à un laboratoire de contrôle et d'analyse, et ce n'est qu'après autorisation venue de ce laboratoire que les flacons enfermés sont livrés à la consommation, scellés et plombés. Il est donc indispensable que les sérums thérapeutiques soient préparés par des biologistes d'un savoir et d'une honnêteté sans défaillance, la moindre faute pouvant occasionner des accidents mortels ; — il serait en outre désirable, afin de ne léser les intérêts de personne et de permettre au praticien l'utilisation des sérums thérapeutiques sans passer sous les fourches caudines d'un monopole, qu'un contrôle biologique permanent fût institué par l'Etat et chargé de pratiquer, comme en Allemagne, l'essai des sérums produits par les laboratoires privés.

Préparations des sérums. — Pour éviter des redites qui se répéteraient fatalement avec l'étude de chaque sérum, nous allons, sans entrer toutefois dans de trop longs détails techniques sans intérêt pratique, exposer rapidement la préparation qui, sauf quelques variantes, reste la même pour tous.

Bien qu'on puisse utiliser le sérum de chèvre ou le sérum de vache, c'est le sérum de cheval qu'on emploie couramment, car le cheval est aisé à immuniser et son immunisation est d'une longue durée. En outre, son sérum est facile à recueillir par saignée de la jugulaire, et il est sans grand effet nocif sur les hématies de l'homme.

On choisit un cheval encore jeune, de 6 à 8 ans, exempt de toute tare et préalablement soumis à l'épreuve de la malléine. On lui injecte le premier jour, dans la peau de l'encolure, avec toutes précautions antiseptiques, une dose très faible, variant d'un demi à un centimètre cube d'un mélange à parties égales de toxine et de liqueur de Gram, ou solution iodo-iodurée, dont le but est d'atténuer l'activité de la toxine. Quelques jours après, on renouvelle l'injection en augmentant la quantité de toxine et en diminuant la quantité de liqueur de Gram, jusqu'à arriver à injecter de la toxine pure vers le 35e jour. A partir de ce moment, on injecte l'animal tous les 2 ou 3 jours, tantôt sous la peau, tantôt dans la jugulaire ; il se produit chaque fois une réaction intense, fièvre, diarrhée, sudation abondante mais passagère. Au bout de 3 mois environ, le sérum de ce cheval peut jouir de propriétés préventives ou curatives vis-à-vis de l'infection contre laquelle on l'a immunisé et, avant de l'utiliser, on le laisse reposer vingt jours après la dernière injection, afin que son sang ne contienne pas une trop grande quantité de toxines. Pour extraire ce sérum, l'animal ayant été laissé à jeun depuis le matin, on ponctionne la jugulaire vers son tiers moyen, avec de minutieuses précautions d'asepsie. Le sang est recueilli dans un bocal stérilisé pendant qu'on fait manger le cheval pour aider à l'issue sanguine. Ce bocal, encapuchonné de papier, est laissé au repos dans un endroit sec pendant 24 ou 36 heures. Le sérum se sépare du caillot, et on le transvase dans une allonge stérilisée, d'où il est réparti facilement dans des flacons de 10 centimètres stérilisés, et bouchés au caoutchouc et à la paraffine.

Ces flacons sont mis de suite à l'étuve à 37°. Après 3 jours, on élimine ceux qui se sont troublés, signe de contamination accidentelle par des germes étrangers, et on livre les autres à la consommation.

Sérum desséché. — Pour assurer la conservation du sérum et pour faciliter son envoi dans les pays éloignés, on peut avantageusement le dessécher dans le vide à basse température. Il en résulte une poudre jaunâtre qui a tous les avantages du sérum liquide sans avoir, comme lui, l'inconvénient de s'altérer à l'air et à la lumière. Pour s'en servir, on le fait dissoudre dans 10 fois son poids d'eau stérilisée, et il ne diffère alors en rien du sérum liquide.

Technique de l'injection. — Toutes les seringues hypodermiques sont bonnes pour pratiquer l'injection de sérum, pourvu qu'elles soient stérilisables par l'ébullition et en parfait état de propreté. La région généralement adoptée est la peau du flanc ; il n'y a pourtant aucune raison spéciale qui l'impose, et, si l'on veut pratiquer une injection absolument indolore, on peut la faire en pleine fesse, vers le milieu d'une ligne joignant la dernière vertèbre sacrée au bord supérieur du grand trochanter. La peau doit être brossée au savon, puis lavée à l'éther, à l'alcool et à la solution antiseptique, pendant que la seringue bout à grande eau, et que l'opérateur stérilise ses mains aussi attentivement que s'il allait pratiquer une intervention chirurgicale. La seringue chargée, l'aiguille tenue isolément à la main est enfoncée perpendiculairement à la peau et d'un seul coup ; après quelques secondes d'attente permettant de voir si le pertuis ne donne issue à aucun écoulement sanguin, la seringue est adaptée à l'aiguille et l'injection est poussée très lentement. Ainsi pratiquée, l'injection n'est nullement douloureuse, et les accidents septiques qui peuvent se produire ne sont en rien imputables au manuel opératoire.

Autres modes d'administration des sérums. — D'autres modes d'administration des sérums thérapeutiques ont été préconisés. Dans cartains cas d'extrême urgence on a utilisé la *voie intra-veineuse*, et Garampazzi a guéri un enfant atteint de diphtérie grave par deux injections intra veineuses de sérum antidiphtérique. Cette voie nous semble dangereuse, à cause de l'action directe que peut avoir sur les hématies un sérum brusquement lancé dans la circulation. La *voie buccale* ne permet pas une posologie bien précise, car il est bien difficile de savoir la quantité de sérum qui sera assimilée et utilisée. Elle a été employée pour le sérum antidiphtérique, mais sans résultats constants. Quant à la *voie rectale*, proposée par Chan-

*

temesse, elle est encore plus infidèle, et de plus, pour peu que l'injection soit plusieurs fois répétée, elle occasionne des rectites qui affectent désagréablement les malades.

III. Les sérums en particulier. — Notre tâche, jusqu'ici, a été assez facile ; nous avons exposé des théories ou relaté des faits suffisamment précis pour être étudiés et pris en considération par le praticien. Maintenant qu'il nous faut étudier les sérums antitoxiques en particulier et dire au praticien « celui-ci est à employer, — celui-ci est à rejeter », les difficultés se présentent vraiment et notre besogne se complique. Car nous ne devons pas oublier que nous ne faisons pas ici œuvre de savant, mais de praticien ; les travaux de laboratoire foisonnent sur la sérothérapie, mais le fil conducteur manque et le praticien ne peut se reconnaître dans ce dédale. Nous n'étudierons donc pas toutes les maladies où un sérum antitoxique a été proposé, car il nous faudrait passer en revue toute la pathologie infectieuse ; nous examinerons simplement les cas dans lesquels vous serez autorisés à songer à l'emploi d'un sérum antitoxique, quand vous n'aurez pas à espérer la guérison des efforts de la bonne vieille nature médicatrice qui ne font que seconder les moyens médicamenteux.

§ I. *Tuberculose.* — C'est contre la tuberculose que furent dirigés les premiers efforts de la sérothérapie naturelle par Richet et Héricourt, qui dès 1889 injectèrent à des tuberculeux du sang de chien et de chèvre. Depuis cette époque, on ne cessa de poursuivre l'étude de cette question, qui restait soumise à la découverte de la possibilité de vacciner les animaux contre la tuberculose. Divers moyens ont été préconisés tour à tour. L'injection de *sérum d'animaux inoculés à la tuberculose aviaire* parut donner à Leroux et à Charrin quelques résultats dans le traitement du *lupus* et des *tuberculoses chirurgicales*. Le *sérum d'animaux inoculés* soit avec des *cultures stérilisées*, soit avec des *extraits tuberculeux*, soit avec de la *toxine tuberculeuse*, sembla susciter entre les mains de Richet et Héricourt, de Boinet, de Behring, de Bernheim, une réaction antitoxique de l'organisme, mais sans effet durable. Le sérum obtenu de l'injection de *tuberculine aviaire* et *humaine* suivie d'injection de *produits tuberculeux* montra à Babès et à Broca des propriétés immunisantes et curatives chez le lapin et le cobaye ; il améliora même quelques tuberculoses cutanées humaines, mais il fut souvent inefficace et n'est pas dépourvu de dangers. Nous ne dirons rien de la *tuberculine de Koch* qui, avec *la malléine* doit rentrer dans la catégorie des *vaccins* et n'a en rien trait à la thérapeutique.

Reste le *sérum de Maragliano*, préconisé au *Congrès de la tuberculose* de 1898 et dont l'action a été étudiée sur 1362 malades. Maragliano extrait de cultures de tuberculose humaine très virulentes toutes les substances toxiques qui y sont contenues. Ces substances toxiques sont séparées en deux groupes, l'un hyperthermisant, provenant du corps même des microbes et contenant les protéines, l'autre hypothermisant renfermant les produits de sécrétion des bacilles, les toxialbumines. Associant trois parties du premier groupe à une partie du deuxième, il pratique à ses tuberculeux des injections à dose progressive et obtiendrait ainsi assez rapidement la chute de la fièvre, la disparition des bacilles des crachats et la guérison des foyers broncho-pneumoniques. Malheureusement, ces résultats des plus brillants lui sont restés absolument personnels et les quelques thérapeutes qui ont expérimenté sa méthode n'en ont tiré aucun résultat satisfaisant. Son sérum, en tant qu'antagoniste de la *tuberculine*, c'est-à-dire de la toxine de bacille tuberculeux, a une certaine action, mais il n'a aucun effet contre le microbe lui-même dont il ne peut arrêter l'évolution fatale. Néanmoins, son effet sur les poisons tuberculeux doit être pris en considération, car, détruisant les toxines et leurs effets sur la nutrition du tuberculeux, il permet à l'organisme de lutter contre l'envahissement et à l'état général de se remonter. Peut-être, dans un avenir plus ou moins éloigné, pourra-t-on ajouter à ce sérum antitoxinique un sérum antibacillaire qui en fera le spécifique cherché.

§ 2. *Tétanos.* — Préconisé comme curatif lors de sa découverte par Behring et Kitasato, le sérum antitétanique dut passer bientôt au rang de sérum préventif ; rien n'est changé dans le traitement du tétanos déclaré dont l'issue reste fatale. De toutes les toxines, la toxine tétanique est la plus virulente, et celle dont la diffusion se fait le plus rapidement : 0 gr. 00015 suffisent à tuer un cobaye en quelques heures, par action sur le bulbe.

Si l'antitoxine est injectée après l'inoculation microbienne, elle ne peut amener la destruction d'un poison existant déjà dans la circulation et ayant déjà imprégné les cellules nerveuses. Par contre quand cette antitoxine sera injectée dès l'inoculation, avant que les toxines aient eu le temps de se produire, les cellules organiques et les humeurs auront eu le temps d'organiser la résistance et les accidents tétaniques ne se produiront pas. Aussi, pour obtenir un effet utile de l'injection de sérum antitétanique, faut-il l'injecter dans les vingt-quatre heures qui suivent l'inoculation microbienne. Mais comment savoir quand se produit cette inoculation ? Faut-il de parti pris injecter du sérum antitétanique à tous les blessés atteints de plaie par écrasement, de plaie par coup de feu, ou dont les plaies ont été souillées de terre ou de fumier ? Si telle est la pratique de certains chirurgiens comme Bazy et Reclus, ce n'est pas celle du commun des praticiens qui ont pourtant l'occasion d'observer journellement des plaies de cette nature et qui voient rarement se produire des accidents tétaniques.

Etant donné la difficulté de préciser ce qui rend un blessé « suspect de tétanos » et l'impossibilité d'injecter préventivement tous les blessés, *il vaut mieux dans la pratique courante n'employer le sérum antitétanique que si plusieurs accidents se produisant à quelques jours d'intervalle en un même lieu, chantier ou écurie, l'un des blessés présente des accidents tétaniques.*

§ 3. *Streptococcoses.* — L'utilisation du sérum antistreptococcique par Marmoreck dans le traitement des streptoccocoses, de l'érysipèle, de la fièvre puerpérale, des infections post-opératoires, des phlegmons, des angines, des broncho-pneumonies, etc., avait fait concevoir de légitimes espérances, mais l'expérimentation a refusé son contrôle aux données théoriques, et à part quelques fanatiques, personne n'emploie plus le *sérum de Marmoreck*, dont la vogue fut grande à son apparition. Le 22 février 1895, Marmoreck disait à la Société de biologie ; « Dans tous les cas d'érysipèle traités, l'abaissement de la température se faisait d'une manière complète au bout d'un temps relativement court, le plus souvent en vingt-quatre heures, après l'injection curative de quantités de sérum variant de 5 à 30 centim. cubes ; pendant ce temps, l'état général devenait aussi des plus satisfaisants. Quand il y avait de l'albumine dans les urines, cette albumine disparaissait avec rapidité. Dans certains cas très graves, la guérison a été obtenue contre toutes nos prévisions. En résumé, on peut conclure dès à présent que le sérum constitue un traitement spécifique vraiment efficace de l'érysipèle. »

Or, aucune preuve clinique ne vint confirmer cette assertion. Alors que l'érysipèle traité par les moyens ordinaires donne une mortalité de 3,5 0/0, à Juhel-Renoy, de 3,43 à Roger, elle accuse chez Chantemesse avec le sérum antistreptococcique 3,40, c'est-à-dire la bonne moyenne ordinaire. *Inutile donc, pour abaisser en rien la mortalité de l'érysipèle, de recourir à une médication sérothérapique qui n'a même pas pour résultat de hâter la guérison.* Dans la *fièvre puerpérale*, le résultat a été nul, ainsi que dans la *septicémie post-opératoire*. L'injection de sérum n'amena pas même l'abaissement de température passager sur lequel on comptait, et aucun praticien consciencieux ne consentit d'ailleurs à renoncer au traitement local comme le demandait Marmoreck, et à attendre patiemment les effets du sérum qui ne se feraient

nullement sentir. Dans certains cas (Durante et Siron, Gaulard), la mort ne tarda pas à suivre l'injection de sérum. *Josias* essaya ce sérum dans 93 cas de *scarlatine* et conclut de sa statistique que ni l'évolution de la maladie, ni la marche de la température, ni les suppurations fréquentes dans la scarlatine ne furent modifiées. Par contre, il observa avec *Sevestre* au niveau des piqûres des abcès graves, à extension rapide, des lymphangites, des purpuras, des éruptions polymorphes, des urticaires généralisées, etc. Ce rapide exposé nous suffit à conclure au *rejet du sérum antistreptococcique dans toutes les affections où il a été préconisé.*

§ 4. *Venins.* — Les piqûres de vipères, seuls reptiles venimeux du continent, sont rarement suivies d'accidents mortels, aussi la sérothérapie antivenimeuse est-elle d'indications plutôt rares dans nos pays. Néanmoins, il faut la connaître pour pouvoir y recourir en cas de besoin.

Physalix et Bertrand avaient constaté que le venin de la vipère, chauffé pendant cinq minutes à 80°, devenait vaccinant. Calmette fit la même constatation avec du venin de cobra et partit de ce principe pour immuniser des chevaux en mélangeant le venin desséché à une solution d'hypochlorite de chaux qui en atténue la virulence. En cas de morsure de serpent venimeux, il faudra injecter au mordu dix centimètres cubes de sérum antivenimeux, dose suffisante en général ; si l'injection est faite longtemps après la morsure ou si le serpent appartient à une espèce très dangereuse, on doublera ou on triplera la dose.

§ 5. *Choléra.* — La sérothérapie du choléra est encore, malgré les essais de Haffkine, un procédé de laboratoire sans application pratique. Déjà, dès 1891, *Klebs* avait préconisé une anticholérine provenant de l'action de l'alcool absolu sur les cultures cholériques et l'avait expérimentée sur lui-même. Manchut (de Hambourg) l'employait dans trente et un cas et obtenait une réaction manifeste, élévation de température, disparition de la cyanose, crise urineuse, etc..., mais cette réaction durait peu, et il fallait néanmoins recourir à la transfusion veineuse. 10 cholériques résistèrent sur 31 inoculés ; mais l'examen de leurs selles ne décela en rien la diminution des bacilles, et l'action du sérum ne fut autre qu'une action tonique. Depuis, Lazarus, Klemperer, Metchnikoff, Rumpf, utilisèrent l'action du sérum sanguin des animaux immunisés et n'obtinrent en définitive que des *résultats nuls ou fâcheux.* Haffkine, reprenant les essais de Ferran (de Barcelone), a employé le vaccin obtenu à l'aide de l'injection successive de cultures atténuées, puis de cultures exaltées. Il aurait obtenu une immunité solide au bout de huit jours après la deuxième vaccination, et, sur quarante mille personnes traitées dans l'Inde, il n'aurait jamais constaté le moindre accident dû à l'injection. La mortalité serait ainsi notablement abaissée et ce procédé paraît être, en temps d'épidémie, celui qui donnerait les meilleurs résultats.

§ 6. *Peste.* — Dans la peste, les résultats paraissent meilleurs, et si la question n'est pas encore résolue, si le sérum est encore peu actif, il semble être le seul moyen efficace de combattre ce fléau qui menace l'Europe et ne demande qu'à prendre de l'extension. C'est toujours du sérum de cheval immunisé que l'on emploie, sérum qui conserve ses propriétés pendant un an environ si on l'enferme à l'abri de la lumière et de l'humidité. Ce sérum qu'ont expérimenté Yersin et Haffkine, avec des résultats divers, a une action préventive et curative. Comme préventif, il doit être injecté à toutes les personnes exposées à la contagion à la dose de 10 c.c. dès qu'un cas de peste éclate dans une maison ou sur un navire. La durée de cette immunisation n'étant pas encore déterminée d'une façon précise, il est prudent de renouveler cette injection préventive tous les dix jours, tant que dure l'épidémie.

Comme curatif, il sera injecté d'emblée à la dose de 30 c.c. S'il est injecté à temps, la fièvre décroît en quelques heures, les bubons diminuent. Si cette amélioration ne se produit pas, il faut renouveler l'injection une ou plusieurs fois, à des intervalles variant avec l'évolution du mal.

§ 7. *Syphilis.* — Le sérum de cheval inoculé avec des excrétas syphilitiques, injecté à l'homme par différents expérimentateurs, parmi lesquels Tommasolli, a causé des effets déplorables ; de la fièvre, des éruptions graves, de l'albuminurie ne tardèrent pas à se manifester et on renonça à la méthode. Gilbert et Fournier, essayant le sérum de chèvre, de chien et de mouton immunisés, notèrent une amélioration de l'état général, une reprise des forces, la disparition de la céphalalgie, des douleurs osseuses et articulaires, l'atténuation et la disparition des éruptions cutanées et de lésions des muqueuses. Mais ces résultats ne furent pas constants et, souvent, l'insuccès fut complet.

§ 8. *Lèpre.* — En 1897, M. Carrasquilla présentait à l'Académie de Médecine de Berlin un sérum de cheval inoculé à plusieurs reprises avec du sérum de lépreux. Ce sérum injecté au malade produisit une réaction violente, de violents accès de fièvre, de la courbature, etc., et aurait amélioré nettement 15 cas de lèpre nerveuse et tuberculeuse, sans toutefois donner de résultats décisifs, comme on le put constater à la Conférence internationale de la Lèpre (1897).

Conclusions. — De l'étude de la sérothérapie, de l'examen attentif et raisonné des expériences de laboratoire, de l'inoculation aux animaux et de l'extention de ces procédés à l'homme malade, nous avons tiré les conclusions suivantes :

1° Sauf le sérum antidiphtérique, aucun sérum n'a encore donné les résultats qu'avaient permis d'escompter des expériences de laboratoire trop hâtivement étendues à l'homme ; 2° Il semble que tous ces sérums dits antitoxiniques n'agissent ni sur le microbe, ni sur la toxine, mais sur les cellules de l'organisme qu'ils aident à lutter contre l'ennemi microbien ; 3° En conséquence les sérums d'animaux immunisés ne semblent pas jusqu'ici avoir une action *spécifique* certaine, mais une action *tonique générale* ; 4° Étant donnée l'incertitude qui règne encore dans l'utilisation des sérums animaux en thérapeutique, il vaut mieux que le praticien continue à n'employer couramment que les sérums dits artificiels, sauf dans quelques cas particuliers à indications précises.

Hommage au Pr Chauveau. — Il y a tantôt 53 ans que M. Chauveau, membre de l'Institut, professeur au Muséum, inspecteur général des Écoles vétérinaires de France et professeur honoraire de l'Université de Lyon, débutait dans l'Enseignement et nous donnait ses premières publications. Sa longue carrière fut un labeur incessant dont les nombreuses étapes rappellent une découverte ou un mémoire important dans le domaine de l'Anatomie comparée, de la Physiologie ou de la Pathologie expérimentale. Aujourd'hui encore, cet éminent Maître fixe l'attention du monde savant par de remarquables travaux sur l'Énergétique. Aussi ses élèves et ses amis ont-ils formé le projet de lui offrir une médaille. Ils viennent vous prier de vous associer à ce témoignage de reconnaissance, d'affection et de haute estime. La souscription est fixée à 25 francs. Chaque souscripteur recevra un exemplaire de la plaquette. La souscription sera close le 15 mai 1901. Les souscriptions sont reçues : A Paris, par MM. Asselin et Houzeau, libraires, place de l'École-de-Médecine ; par M. Phisalix, assistant au Muséum. — A Alfort, par M. Barbier, directeur de l'École Vétérinaire. — A Lyon, par M. Lortet, doyen de la Faculté de Médecine ; par M. Arloing, directeur de l'École Vétérinaire. — A Toulouse, par M. Laulanié, directeur de l'École Vétérinaire.

Congrès du cancer. — Ce congrès aura lieu à Chicago le 2 mai 1901 ; on y étudiera spécialement les traitements, les causes et la prophylaxie du cancer.

Patentes des médecins. — Malgré de nombreuses demandes faites par le corps médical, le Sénat, dans sa séance du 28 mars, a rejeté l'amendement défendu par M. Labbé tendant à ne faire porter le droit proportionnel de la patente des médecins que sur le loyer des locaux professionnels.

Nouvel hopital Herold. — Le nouvel hopital d'enfants Hérold a définitivement ouvert ses pavillons. Le vieil hôpital Trousseau sera complètement évacué à bref délai.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Encore des règlements!

Une commission du Conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance de Paris s'occupe à l'heure actuelle de rédiger un projet de règlement. Qui aurait cru qu'il y eût encore à réglementer quelque chose dans cette administration? Les contribuables parisiens seraient tentés de croire à un réglement de comptes; qu'ils se détrompent, c'est un règlement du service médical du traitement à domicile.

L'avant-projet présenté par l'administration n'est pas tendre pour les médecins, je vous l'assure. A le lire, on peut affirmer qu'ils ne jouissent guère de sa confiance et encore moins de sa considération. Indemnisés à raison *d'un peu moins d'un franc par visite*, on prend le droit d'exiger beaucoup d'eux. On pourra par exemple requérir le médecin la nuit en cas d'accidents au cours du traitement. Et comme généralement son domicile n'est pas tout proche, que la réquisition de nuit ne peut se faire qu'avec le concours d'un gardien de la paix pour assurer la sécurité du médecin, on se demande combien de temps il faudra pour obtenir ces soins, jugés urgents. Durant le jour, d'après l'avant-projet administratif, le médecin devra être constamment aux ordres de ses malades indigents; toute réquisition avec la mention « très urgent » devra être suivie de visite immédiate. Dans quel cas jugera-t-on la visite du médecin très urgente? C'est ce que l'avant-projet ne précise pas.

Ceci n'est encore rien. Le médecin a besoin de contrôle, et par qui sera-t-il contrôlé? Par tout le monde. Ses domestiques, s'il en a, son concierge, à leur défaut, devront constater à quelle heure le malade indigent l'aura requis. Puis le malade et son entourage devront noter l'heure de la visite, que relèvera un employé visiteur. Nous ne croyons pas cependant que l'Administration ait songé à offrir aux indigents les horloges ou les chronomètres nécessaires à ces sortes de constatations et qui doivent leur faire défaut.

Pendant la visite, le médecin devra rédiger son ordonnance, la recopier sur un talon, remplir des colonnes, des feuilles de diagnostic, faire si besoin des certificats, etc., etc. A toute heure du jour et de la nuit, il devra répondre aux réquisitions fondées ou non des sages-femmes du bureau de Bienfaisance, qui sont d'ailleurs toutes les sages-femmes du quartier.

Ce n'est pas tout, il faut une sanction; la voilà : en cas d'infraction au dit règlement, le médecin est menacé des foudres de l'article 34 du décret qui déjà réglementait pas mal le traitement à domicile. Le blâme, la suspension, la révocation sont suspendus sur sa tête; il y manquait l'amende et la prison; l'avant-projet a trouvé un moyen d'ajouter l'amende. Si le médecin, en effet, n'accourt pas assez tôt au gré du malade, pour un motif légitime ou non, peu importe, l'Administration prélèvera sur sa maigre indemnité les frais de visite d'un autre médecin qui pourra être appelé. L'auteur de l'avant-projet ne s'est nullement inquiété de quel droit se fera cette retenue.

Nous ne nous appesantirons pas plus longtemps sur cet avant-projet qui, communiqué à la Société médicale des Bureaux de bienfaisance, a provoqué une unanime indignation, quand il aurait dû simplement exciter l'hilarité générale. Le bon sens du Conseil de surveillance fera justice de la plupart des articles que nous venons de signaler. Cependant l'auteur de cet avant-projet doit mériter des félicitations administratives toutes particulières: Il a trouvé, à l'exemple d'Harpagon, chose rare à l'Assistance, le moyen de « faire bonne chère avec peu d'argent ».

Nous n'avons pas voix aux Conseils de l'Assistance, cependant nous nous permettons de faire remarquer qu'on doit un peu plus de considération à des médecins qui assurent à peu près gratuitement un des services les plus pénibles et souvent les plus répugnants de l'Assistance; qu'il est inutile et quelque peu ridicule de faire des règlements pour ne pas les appliquer, ce qui arriverait fatalement si jamais l'on adoptait l'avant-projet administratif. Il nous semble qu'à l'Assistance, il y a mieux à faire, et il est une conduite plus correcte à tenir à l'égard des médecins. Qu'on leur fasse tout d'abord crédit d'un peu de confiance; s'ils font bien leur service, qu'on les laisse en paix; et si quelques rares médecins ne font pas leur devoir, qu'on les avertisse, qu'on fasse une enquête et, s'il y a lieu, qu'on les révoque. C'est plus simple, plus rapide et plus... digne.

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 mars 1901

Sur un parasite observé chez les syphilitiques

M. H. Stassano a constaté, dans la sérosité sanguinolente retirée par ponction du ganglion satellite des chancres syphilitiques, la présence de corps mobiles paraissant être des infusoires flagellés du groupe des monadines. Ces parasites, ronds, ovoïdes ou pyriformes, sont munis de deux *flagella* tout droits à l'un des pôles, et d'un *flagellum* plus long et flexueux à l'autre pôle. L'auteur est parvenu sur quelques individus à mettre en évidence un noyau.

Ces protozoaires sont, en majorité, libres parmi les cellules et les leucocytes du tissu lympathique; certains, cependant, sont fixés sur les hématies qui traversent le ganglion. Ils pénètrent ainsi dans la circulation, mais à la première période de la syphilis ils y sont peu nombreux, et on les trouve presque exclusivement dans le sang retiré au niveau du premier territoire lympathique contagionné. Puis ils envahissent peu à peu la grande circulation et présentent alors une phase très active de multiplication par bourgeonnement. Les individus ainsi formés restent d'abord réunis en amas; à une phase plus avancée de l'infection (en pleine éruption), ils se détachent les uns des autres et se fixent aux hématies; ils grandissent en même temps et s'allongent à leurs deux extrémités, ce qui leur donne l'apparence de trypanosomes, lesquels égalements'attachent comme on le sait, aux globules rouges.

L'auteur n'a pu suivre complètement le cycle évolutif de cet infusoire, mais chez les malades observés, le parasite ne s'est montré qu'au moment précis des exanthèmes et a disparu avec les améliorations spontanées ou dues au traitement. Les conditions biologiques de ce parasite expliquent parfaitement la diminution du nombre des

hématies et du taux de l'hémoglobine que l'on observe à chaque poussée nouvelle de la syphilis, ainsi que l'extrême fragilité, signalée par Murri, des globules rouges des syphilitiques.

Origine des eaux thermales sulfureuses.

M. A. Gautier donne une nouvelle hypothèse, avec faits à l'appui, pour expliquer la provenance des minéraux contenus dans les eaux sulfureuses. L'auteur a pu s'assurer que quand on épuise de la poudre de granit par de l'eau froide, la liqueur obtenue ne renferme pas trace de sulfures alcalins ou alcalins terreux. Au contraire, si on chauffe à 250° ou 300°, dans un tube scellé, ce même granit pulvérisé avec son poids d'eau, on obtient une véritable eau sulfureuse artificielle, comparable, par sa composition, aux eaux pyrénéennes, mais plus concentrée.

L'auteur explique, comme il suit, la série des phénomènes qui se passent en pareil cas : A une température suffisante, les gaz qui se forment dans les roches ignées, en particulier les gaz carburés et sulfurés, réagissent sur les matériaux de ces roches, et substituent une petite quantité de soufre à l'oxygène des silicates ; il se forme ainsi des sulfosilicates, lesquels sont décomposables par l'eau chaude, qui se charge alors de sulfures solubles. L'auteur a pu reproduire expérimentalement cette réaction. Chaque fois que des silicates sont chauffés avec des matières pouvant donner du soufre, au rouge, dans un milieu réducteur, on obtient des sulfosilicates décomposables par l'eau entre 200° et 300°. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 *mars.* — Présidence de M. le Dr Netter.

Composition du sang et variations physiologiques

MM. Achard et Lœper. — A l'état normal, la composition du sang se maintient remarquablement fixe, malgré les mouvements incessants d'entrée et de sortie, dont le courant circulatoire est le siège. Il semble qu'il existe un mécanisme régulier de la composition du sang. Le sang, modifié dans sa composition et dans sa concentration, se débarrasse des substances introduites par les émonctoires glandulaires et, à leur défaut, verse dans les tissus ces substances étrangères. Si, les uretères liés chez un chien, on introduit du ferrocyanure de potassium, du bleu de méthylène, du chlorure de sodium, la totalité du produit est retrouvée dans le sang ; trois heures après, il ne reste qu'un tiers, et pourtant, dès que la perméabilité urinaire est rétablie, toute la substance est éliminée. M. Lœper avait retrouvé cela avec le glycose. Ceci s'accorde avec les recherches faites antérieurement sur la rétention du chlorure de sodium dans les tissus pendant la maladie, et explique les cas où, dans les maladies aiguës, les néphrites, les urémies, l'élimination urinaire étant insuffisante, la concentration du sérum reste normale ou tombe au-dessous de la normale ; il montre à combien d'erreurs on s'expose en ne jugeant l'insuffisance rénale que d'après le rapport entre la concentration et la toxicité du sérum comparé à l'urine.

Hématolyse de l'urine du nouveau-né.

MM. Sabrazès et Fauquet (Bordeaux). Sous le régime lacté absolu, l'urine acquiert la propriété de dissoudre les globules rouges. Avant de prendre le sein, le nouveau-né a-t-il une urine hématolytique ? Sa première urine rejetée peu après le premier cri et avant l'alimentation lactée, est hématolysante, très pauvre en chlorures et en phosphates et a un point de congélation élevé voisin de 0.

Recherches sur la nutrition.

M. Leven. — Dans les recherches sur la nutrition, il est utile d'établir une *alimentation d'épreuve.* Les renseignements dus aux urines, sans connaître les ingesta, leur composition chimique et leur nature sont indispensables. La même dose d'albuminoïdes donne naissance à un nombre variable de grammes d'urée suivant l'aliment azoté auquel il appartient. L'alimentation d'épreuve comprendra du lait, du sucre et des œufs en quantités variables suivant les dépenses du sujet, alimentation d'épreuve qui doit être continuée quarante-huit heures, et les urines doivent être analysées le deuxième jour.

M. Hanriot compare la lipase aux sesquioxydes de fer, la lipase est peut-être un corps minéral, mais il fait de grandes réserves sur la nature de ce corps.

M. Linossier a recherché l'action du salicylate de soude sur la sécrétion biliaire ; l'acide salicylique est trouvé dans le foie du chien qui semble fixer cette substance.

M. Thomas décrit deux tumeurs de l'encéphale avec altérations des cylindres dans deux cas de sclérose en plaques.

MM. Gilbert et Lereboullet ont étudié au cours de cirrhoses biliaires les causes de splénomégalie. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 *avril* 1901.

Les sanatoriums de fortune pour tuberculeux pauvres.

M. Brunon, dans une communication très importante et qui semble bien donner la solution pratique du difficile problème : le traitement des tuberculeux indigents propose la création de petites installations très nombreuses et très simples. Ses conclusions sont : 1° Que pour empêcher l'éclosion de la tuberculose, il faut s'adresser à ses causes qui sont : l'alcoolisme, le confinement dans les maisons urbaines, la sédentarité dans les ateliers et les collèges, la vie dans les villes, l'ignorance des lois de l'hygiène ; 2° Que, pour parer au plus pressé, pour enrayer la marche de la maladie, pour sauver les malades susceptibles de guérison, il faut les transporter hors des villes et les soumettre à une aération continue ; 3° Que le sanatorium construit à grands frais n'est pas indispensable pour appliquer le traitement ; 4° Que nombre de malades de fortune modeste se guérissent en faisant la cure purement et simplement à la campagne ; 5° Que, par conséquent, les indigents des hôpitaux peuvent bénéficier de la même méthode ; 6° Qu'un sanatorium est *créé* par cela même qu'un abri au grand air est donné aux malades. Nous proposons : l'installation des tuberculeux curables des hôpitaux, soit dans des bâtiments déjà existants achetés ou loués par l'Assistance publique en dehors de la ville, soit dans les petits hospices cantonaux transformés en « sanatoria de fortune ». Nous concluons donc : pour les tuberculeux indigents, ne *construisez* pas de sanatoria et *créez*-en partout.

M. Lancereaux insiste sur ce fait que plus de la moitié des tuberculeux sont des buveurs de longue date. A Paris il y a cent tuberculeux sur deux cent trente-trois alcooliques. L'encombrement a surtout un rôle néfaste au moment de la croissance et de la puberté. Chez l'adulte, l'alcool est le facteur important. Comment combattre la tuberculose ? Les moyens proposés par la commission ne sont pas suffisants. Il faut faire plus de prophylaxie qu'on n'en fait. Combattre l'alcoolisme d'une façon efficace — Tel doit être le premier pas à faire. La loi dite « homicide » sur les débits devrait être abrogée. Il faudrait limiter le nombre des cabarets et exiger de leurs propriétaires une morale éprouvée. Il conviendrait, en outre, de s'occuper de l'hygiène des nouvelles constructions, des habitations, des collectivités, ateliers, casernes, etc.

Oxyures et appendicites.

M. Moty signale la très grande fréquence des angines dans les appendices réséqués. Les purgatifs parasiticides réussissent très fréquemment contre l'appendicite.

L'immunité conférée par la variole.

Un travail de M. Casterel de Toulouse), présenté par M. Hervieux, prouve que cette immunité cesse au bout d'environ quinze ans.

Corps étranger de la hanche gauche.

M. Piéchaud a pu entraver, par un cathéter relié à un électro-aimant, un clou siégeant dans la hanche gauche depuis un mois. L'enfant était guéri au bout de six jours.

Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

M. Championnière présente une femme guérie d'une de ces fractures avec un très bon col, sans aucun appareil et sans immobilisation. Au quarante-deuxième jour, la malade se sert très bien de son bras.

Kératites parasitaires.

M. Panas analyse un travail de M. le Dr Collomb (de Genève), à propos d'un cas d'infection cornéenne due à l'*aspergillus fumigatus*. A.-F. Plicque.

Séance du 9 avril 1901.

Les moustiques à Paris.

M. Debove appelle l'attention sur un point de détail fort important pour l'hygiène publique parisienne : la fréquence des moustiques en été dans certains quartiers, fréquence due à des eaux stagnantes. Il serait facile de supprimer celles-ci dans les places, les jardins publics et partout d'ajouter une petite quantité de pétrole entravant le développement des moustiques.

M. Vallin appuie les conclusions de M. Debove et signale la production de moustiques par des latrines mal entretenues.

M. Laveran signale aussi la fréquence croissante des moustiques, à Paris. Ceux-ci sont du genre culex ; ils ne semblent pas produire la malaria. La plus petite masse d'eau stagnante peut infecter un quartier entier.

Sur la proposition de M. Proust, cette question, d'un réel intérêt pratique, sera soumise au Conseil d'hygiène et au Conseil municipal.

Composition minérale du fœtus humain.

M. Hugonnencq (de Lyon) a étudié cette composition dans une série d'analyses. La soude prédomine constamment sur la potasse ; elle augmente surtout à la fin de la grossesse. Pendant la seconde moitié de la gestation, la fixation de l'acide phosphorique ne subit pas de grandes variations : elle est cependant plus marquée quand le fœtus est à terme. Au contraire, la proportion de chaux s'accroît notablement pendant les derniers mois. Abstraction faite des bases alcalines, de l'acide phosphorique et de la chaux, dont les variations sont dues à la genèse des globules rouges et à la formation du tissu osseux, la composition centésimale des cendres reste à peu près constante pendant les cinq derniers mois de la vie intra-utérine.
A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 mars 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Suites éloignées de la méningite cérébro-spinale.

M. Netter, sur dix cas de guérison de méningite cérébro-spinale qu'il a observés, n'a constaté que deux infirmités consécutives à des complications, une surdité due à une otite suppurée et une ankylose de l'épaule, conséquence d'une arthrite.

M. Souques rappelle que MM. Labbé et Castaigne ont examiné le liquide céphalo-rachidien de malades guéris et l'ont trouvé normal.

Dilatation du cœur dans le rhumatisme aigu.

M. Pierre Teissier a observé deux fois de la dilatation aiguë du cœur portant surtout sur le ventricule droit, au cours du rhumatisme polyarticulaire aigu sans endo-péricardite. Le bruit de galop survenu brusquement, l'augmentation de la zone de matité, une accentuation du deuxième bruit pulmonaire et un souffle mésosystolique à la pointe ont été les signes qu'il a observés et qui ont disparu au bout d'une quinzaine de jours.

M. Barié a observé deux cas semblables ; une fois le malade mourut, il avait de l'endocardite. Le second guérit sans avoir jamais présenté un signe d'endocardite.

Traitement de la sciatique par des injections de cocaïne dans le canal rachidien.

MM. P. Marie et Guillain ont traité avec succès des sciatiques par l'injection de cinq milligrammes de chlorhydrate de cocaïne dans le canal rachidien. Aucune anesthésie n'a été produite.

M. Troisier rappelle que M. Sicard est arrivé au même résultat en injectant 4 c.c. de sérum.

M. Touche a soulagé, sans le vouloir, des sciatiques par de simples ponctions lombaires faites dans un but de diagnostic.

Variole des nouveau-nés.

M. Roger a soigné onze enfants nés de mères varioleuses ; sept de ces enfants ont eu une éruption légère entre le quatrième et le cinquième jour et leur température n'a guère dépassé 38°, bien que l'éruption, qui paraît évoluer comme chez l'adulte, n'ait pas été confluente, tous ces enfants sont morts en hypothermie sauf un. Peut-être ce dernier a-t-il dû sa guérison à la vaccination de la mère durant sa grossesse.
J. Noir.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 27 mars 1901.

De l'action dynamogénique des cacodylates.

M. Burlureaux, qui a employé la médication cacodylique chez plusieurs neurasthéniques et chloro-anémiques, en a retiré des résultats fort variables, tantôt excellents, tantôt nuls. Pour expliquer cette variété d'action du cacodylate suivant les sujets, il suppose que le médicament ne peut exercer son action dynamogénique que dans les cas où il y a simplement inhibition des forces, alors qu'il serait incapable de manifester cette action dans les cas où l'épuisement nerveux est lié à un anéantissement complet des forces. Le cacodylate servirait ainsi de pierre de touche pour apprécier les ressources dont dispose encore un organisme affaibli. On peut tenter l'épreuve chez tout sujet affaibli. Si après cinq injections, le résultat est nul, c'est signe que le cas donné est réfractaire au cacodylate et qu'il y a lieu d'en cesser l'usage. Par contre, dans les cas favorables, on observe rapidement une augmentation des forces et de l'appétit. Contrairement aux résultats d'autres auteurs, c'est dans la tuberculose que le cacodylate a donné le moins de succès à M. Burlureaux. Sur 29 tuberculeux, un seul a présenté une amélioration, d'ailleurs passagère.

Action apéritive du persulfate de soude.

M. Edgar Hirtz dit s'être bien trouvé de l'emploi du persulfate soude, qu'il prescrit à la dose de 0,25 centigrammes, en une prise, le matin à jeun. Il en a obtenu un effet apéritif marqué, surtout chez la femme. On ne saurait attribuer ce fait à la suggestion, les malades en expérience n'ayant jamais été renseignés sur le but dans lequel on leur administrait le persulfate. P. Rellay.

Traitement des tics convulsifs par la rééducation des centres moteurs.

M. S. Dubois de Saujon. — En fixant l'attention des tiqueurs, en sollicitant leur volonté, en leur imposant suffisamment l'*image du calme possible*, par des séances d'immobilité absolue faites sous la direction et la surveillance immédiate du médecin, on arrive à impressionner les centres moteurs et à faire disparaître les tics. On modifie en même temps, par des suggestions verbales (sans hypnose), l'état mental toujours défectueux chez ces malades. Le Dr Dubois de Saujon cite, à l'appui de sa pratique, neuf observations de *maladies des tics*. Les premières observations remontent à l'année 1896 et elles relatent des guérisons qui se sont maintenues sans récidive depuis l'année 1898.

Ce travail, où l'on retrouve une application méthodique heureuse des études psychologiques faites à la Salpêtrière pendant ces dernières années par MM. Raymond et Pierre

Janet, peut servir de guide pour la bonne direction du traitement de la *maladie des tics,* maladie si difficile à guérir que l'année dernière encore Gilles de la Tourrette, publiant une leçon dans la *Semaine médicale*, admettait l'atténuation possible des paroxysmes, mais concluait à l'incurabilité en ces termes énergiques : « Une fois tiqueur, toujours tiqueur. »

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. LE Dr NOIR.

I. — La constipation habituelle et son traitement; par HERSCHEL, traduit par Michel COHENDY. (O. Doin, édit., 1900.)

I. — L'auteur consacre une partie de son travail à l'étude des causes de la constipation. Elle est due : 1° à un peristaltisme défectueux, conséquence ordinaire d'un manque d'excitation de l'intestin ou d'une sensibilité défectueuse de cet organe, plus rarement causée par la faiblesse musculaire de l'organe ; 2° à la résistance plus grande rencontrée par les fèces dans leur trajct intestinal (spasmes, dilatation de l'intestin, sécheresse trop grande des fèces, compression ou anomalie de position des viscères, dans l'entéroptose par exemple) ; 3° à l'anomalie ou l'abolition de l'excitabilité du centre ano-spinal ; 4° à la faiblesse des muscles abdominaux ; 5° à la sténose ou au spasme de l'anus. Le diagnostic de ces diverses causes doit tout particulièrement fixer l'attention du médecin.

Pour le traitement, quelle que soit la cause, il faut tout d'abord s'assurer que nulle matière n'est retenue d'une façon anormale dans l'intestin. Si les matières sont accumulées dans le rectum, un lavement simple de savon et d'eau chaude suffira ; on pourra y adjoindre, avec avantage, de l'huile d'olives et du fiel de bœuf et pratiquer, au moyen d'un petit spéculum de Ferguson et d'un tube à estomac, un lavage des plus utiles. Si après avoir vidé le rectum on sent des matières dans le côlon sigmoïde, on fait un lavage plus profond avec un tube de Türck et un laveur placé à 60 centimètres au-dessus du malade. Si le gros intestin est encombré plus haut, on a recours aux grands lavages à faible pression à 38°, répétés fréquemment. Le gros intestin débarrassé, il faut relever la contractilité de l'intestin et des parois abdominales, on y parvient par l'hydrothérapie, l'électricité, le massage et ses adjuvants, la gymnastique, la cure thermale et les drogues.

L'hydrothérapie consistera surtout en douches froides et en frictions avec des linges mouillés. L'électrothérapie pourra être appliquée dans le but de réveiller les fonctions des fibres musculaires de l'intestin et celles des muscles abdominaux ; on fait les applications sur l'abdomen ou à l'intérieur du rectum en se servant du câble gyromèle de Turck et en utilisant les courants faradiques. L'importance du massage a été exagérée. S'il peut rendre de réels services dans la cure de la constipation, il est nécessaire qu'il soit appliqué par une personne compétente, sans quoi il pourrait devenir réellement dangereux. Les vibrations donneront de bien meilleurs résultats que le massage ordinaire, mais l'emploi de cette méthode vibratoire que Jayle a vulgarisé en gynécologie sous le nom de sismothérapie, nécessite une installation et une instrumentation spéciales. La gymnastique doit chercher à provoquer la contraction des tuniques de l'intestin et à renforcer les muscles abdominaux. Elle devra être mise en pratique au saut du lit, ou le soir avant de se coucher. Ces exercices, que nous ne pouvons décrire ici, ont été réglés par l'auteur, par Harry Campbell, par Türck, qui a imaginé des appareils pour les rendre plus efficaces. La cure thermale consiste en des saisons à Karlsbad, Marienbad et Brides, eaux sulfatées alcalines qui doivent agir comme purgatives. Kissingen et Châtel-Guyon, dont le principe actif est le chlorure de magnésium, ont une action plus complexe, qui semble porter sur la lésion même de l'intestin, et en tous cas leurs effets sont plus durables.

La réglementation de la diète est fort importante. Il faut éviter les substances alimentaires chargées en tanin (vins rouges de Bourgogne et de Bordeaux), les aliments privés de cellulose (riz, tapioca, sagou, pommes de terre) ou qui laissent peu de résidus, ceux qui contiennent des sels calcaires. Les aliments qui doivent être recommandés sont ceux qui contiennent une forte quantité de cellulose (seigle, avoine, chou, asperges, épinards, carottes, etc.), ceux qui contiennent des éléments purgatifs ou du sucre (pruneaux, pommes, tamarin, choucroute, marmelade d'orange), ceux qui contiennent des stimulants hépatiques (salade à dent de lion), les aliments riches en graisse. Le malade doit en outre boire abondamment, éviter en boissons les eaux dures ; une boisson de choix est le petit lait, excellent laxatif contenant à la fois de la graisse et du sucre de lait.

L'emploi des drogues mérite un examen tout particulier. Il y a d'abord celles qui agissent comme *évacuants directs* qui excitent le péristaltisme de l'intestin ou les glandes intestinales. Signalons le jalap, la gomme-gutte, la coloquinte, les huiles de castor et de croton, le calomel et le soufre. D'autres purgatifs agissent en empêchant l'absorption des liquides par le gros intestin ; de ce nombre sont les sulfates de sodium et de magnésium, les phosphates, les tartrates, les sels extraits des fruits, les substances colloides, le sucre et la manne. Ces derniers purgatifs ne causent pas d'irritation de la muqueuse intestinale.

A côté de ces évacuants directs, il convient de citer les *évacuants indirects.* Les uns favorisent le péristaltisme en excitant la sensibilité réflexe des ganglions nerveux qui commandent aux mouvements de l'intestin (ésérine, strychnine, nicotine, muscarine), les autres calment le spasme de l'intestin (belladone, muscarine, valériane et assa fœtida) ; d'autres encore augmentent les sécrétions des glandes annexes et directes du tube digestif (chlorure d'ammonium, évonymine iridine, chionanthus), enfin d'autres agissent directement sur le système nerveux (valérianate de zinc, nitrate d'argent, ergot, arsenic, glycérophosphate de soude).

Au début du traitement, le but que l'on se propose est la régularisation des fonctions intestinales ; il faut d'abord repousser l'usage des purgatifs, conseiller les petits lavements d'eau froide, user de temps à autre de suppositoires à la glycérine et du lavement d'huile chaude donné lentement (250 grammes pour un adulte, 60 à 80 grammes pour un enfant). Par ces moyens, on pourra obtenir la régularisation des fonctions intestinales.

Le traitement de la constipation grave et ancienne demande beaucoup de soins et une surveillance sérieuse du malade par le médecin, qui doit appliquer lui-même les agents thérapeutiques (électricité et massage) et en graduer les manœuvres aux indications présentes.

En somme, le petit livre de Herschell, d'une lecture très instructive pour le praticien, ne pouvait trouver un traducteur plus consciencieux et plus compétent que le Dr Michel Cohendy qui, à Châtel-Guyon, a eu l'occasion d'appliquer et de vérifier les conseils du savant médecin anglais sur le traitement de la constipation habituelle.

II. — Les maladies qu'on soigne à Berck; par F. CALOT. (G. Masson, édit., 1900.)

II. — M. Calot, en chirurgien expert et en médecin qui a pu longuement étudier les avantages que le climat marin a pu rendre à Berck, a exposé en 400 pages les résultats que l'on est en droit d'attendre dans les maladies qu'on soigne à Berck. Il insiste d'abord sur la valeur prophylactique du séjour à Berck pour les enfants malingres à hérédité suspecte et fait remarquer que Berck est à l'abri de la contagion tuberculeuse, parce que les tuberculeux qu'on y envoie sont atteints de tuberculoses locales, fermées et partant non transmissibles. Le séjour à Berck, dans bien des cas, sera, avec quelques soins hygiéniques, le seul traitement des tuberculoses externes. Puis M. Calot entre dans des considérations sur le traitement local des tuberculoses externes des abcès froids, des adénites cervicales, des synovites, des hygromas tuberculeux, des osteites, des tumeurs blanches, de la coxalgie, du mal de Pott, des ostéomyélites, du rachitisme, de la scoliose, de la luxation congénitale de la hanche, des pieds bots, etc., où Berck est un précieux adjuvant mais où un traitement local chirurgical est indispensable.

Viennent ensuite des conseils, fruits de l'expérience de

l'auteur, sur la paralysie infantile, le pied bot paralytique, la maladie de Little, les maladies des yeux d'origine strumeuse, sur le strabisme, sur les maladies de la gorge, les végétations adénoïdes et les grosses amygdales, sur les maladies des oreilles et les otorrhées, enfin, sur la chlorose et la chloro-anémie.

En un mot, dans ce livre, fruit de longues observations et d'une expérience consommée des maladies qui sont soignées à Berck, M. le Dr Calot expose avec simplicité et clarté la conduite qu'il conseille de tenir ou qui lui a donné les meilleurs résultats, sans négliger pour cela le traitement marin, sans lequel interventions chirurgicales ou médications donneraient de biens médiocres résultats.

III. — Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles ; par C. Crinon. 8e édit. (Rueff et Cie, édit., 1901.)

M. Crinon vient, pour la huitième fois, de revoir et augmenter son excellente revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles. Il serait insipide de renouveler tous les ans les mêmes éloges sur ce petit livre dont chaque article est rédigé avec tant de soin et où la grande expérience et la science pharmaceutique de l'auteur est marquée à chaque page.

Contentons-nous de signaler les plus importantes additions. Parmi les médicaments, notons l'Aniodol, nouveau bactéricide, l'apocodéine, laxatif que l'on administre par la voie sous-cutanée, l'eupyrine, antipyrétique pour les cachectiques, la persodine bien connue des lecteurs de notre journal, etc., etc.

Chaque médicament, chaque médication occupe dans cette revue une place proportionnelle aux effets thérapeutiques que la médecine a retirés de son usage ; de sorte qu'en un coup d'œil le lecteur peut se rendre compte de la valeur de chacun des médicaments nouveaux.

IV. — Traitement des otites suppurées par le laveur otoplinter; par le Dr Golesceano. (*Académie de médecine.*)

Le traitement des otites suppurées de vieille date et leurs complications sur l'oreille moyenne impose un lavage journalier. Si on possède une instrumentation spéciale pour le lavage de l'oreille moyenne ou si un pansement sec remplace parfois les lavages, ce sont des mains habiles qui doivent diriger ces interventions et encore le lavage est la préférable. L'instrumentation plus ou moins défectueuse à cet usage comprend : Les petites seringues en verre, à bout pointu ou olivaire, le ballon en caoutchouc, etc., etc., et sont autant d'illusions pour le lavage de l'oreille. La seringue en verre ayant une capacité de 125 grammes, demande deux personnes, même trois lorsqu'il s'agit d'un enfant et encore combien de déboires dans ces circonstances. En outre, faut-il savoir redresser le conduit auditif, éviter que le jet se dirige sur la membrane du tympan pour empêcher les bourdonnements, vertiges, nausées, etc., etc. En étudiant tous ces inconvénients, M. Golesceano est arrivé à construire un appareil spécial Otoplynter (ωτο, oreille, πλύνειν, laver), pouvant s'adapter au caoutchouc d'un irrigateur en tôle émaillée et n'exigeant pour l'opérateur aucune connaissance anatomique. Son fonctionnement est assuré par l'introduction d'une de ses extrémités dans l'oreille, l'autre extrémité étant reliée à l'irrigateur. L'irrigation se fait sans interruption. L'appareil comporte essentiellement une canule intérieure qui se termine par deux orifices divergents destinés à briser le jet, afin que le liquide se dirige vers l'angle obtus que la paroi supérieure fait avec le tympan, et vers l'angle aigu que la paroi inférieure forme avec le tympan, le tympan lui-même est respecté. Cette canule intérieure est entourée par un tube protecteur ouvert d'un côté et fermé à l'extrémité opposée. En outre, ce tube externe porte une tubulure qui permet l'évacuation du liquide revenant dans l'espace libre qui entoure la canule intérieure. Les avantages de l'appareil sont les suivants : 1° jet continu ; 2° une seule personne peut se donner l'irrigation ; 3° pas d'accidents à redouter ; 4° asepsie parfaite par l'ébullition.

V. — Urologie pratique et thérapeutique nouvelle; par H. Joulie (Paris, Octave Doin, 1901.)

On ne peut pas contester le mérite de l'originalité, à la thèse soutenue par M. Joulie. L'état normal de nos humeurs, l'urine mise à part, est constitué par l'état acide, et non alcalin comme on le dit couramment. Le sang, en particulier, est réellement acide ; il bleuit bien le papier rouge de tournesol, comme toute liqueur alcaline, mais ce n'est là qu'une apparence, et due à l'imperfection du procédé. Le papier de tournesol, en effet, est un mauvais réactif ; la preuve en est dans le fait que des sels acides, tels que les phosphates bibasiques, le biborate de soude, le font cependant virer du rouge au bleu. Le sang contient de l'acide carbonique, et des phosphates, tout le monde en convient. Les phosphates, en présence de l'acide carbonique, passent à l'état bibasique, c'est-à-dire à l'état de sels doués d'une certaine acidité. Dans ces conditions le sang contient donc des sels acides. Mais il y a en outre des carbonates et bicarbonates de soude, sels alcalins, résultant de l'action de l'acide carbonique sur les phosphates tribasiques ; ce sont ces sels carboniques qui masquent la réaction acide. — Le sang dialyse à travers le rein ; et comme les phosphates acides dialysent mieux que les bicarbonates alcalins, les urines deviendront franchement acides, puisque la réaction acide ne sera plus masquée par les carbonates restés en amont du filtre.

Dans ces conditions, il doit exister deux grands états morbides, l'un caractérisé par l'hyperacidité du sang, c'est l'état arthritique, l'autre caractérisé par l'hypoacidité, c'est l'état contraire du précédent, il est constitué par une exagération des combustions. Il est des plus fréquents ; et rationnellement on le traitera par l'administration d'acides, de l'acide phosphorique en particulier, qui aidera à la formation des phosphates acides, nécessaires à la vie normale.

VI. — Manuels de thérapeutique clinique. Partie médicale ; par G. Lemoine, professeur de clinique médicale de la Faculté de Lille, 3e édition. (Vigot frères, édit., 1901.)

Nous avons déjà fait l'éloge de cet excellent manuel lors des première et deuxième éditions. Une analyse en est impossible car chaque article est un modèle de clarté et de concision. Cette nouvelle édition est très considérablement augmentée et mise au courant des dernières innovations de la thérapeutique et de la pharmacologie. Les formules y sont nombreuses et soigneusement choisies et M. le Pr Lemoine excusera notre journal d'y faire, à l'occasion, de nombreux emprunts.

École pratique de la Faculté de Médecine. (Semestre d'été 1901.)— M. le Dr Bérillon, professeur à l'École de psychologie, médecin inspecteur des asiles publics d'aliénés, directeur de la « Revue de l'Hypnotisme », commencera le lundi 22 avril, à cinq heures, à l'École pratique de la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier), un cours libre sur l'*Hypnotisme et l'Orthopédie mentale*. — Il le continuera les vendredis et les lundis suivants à cinq heures. — *Objet du cours* : Les maladies de la volonté et les maladies de la personnalité. La méthode hypno-pédagogique. — L'éducation psycho-physiologique de la volonté. — La création du caractère et la constitution de la personnalité. — Applications de l'hypnotisme au traitement des aboulies, des obsessions, des idées fixes, des phobies, des états d'anxiété, des habitudes automatiques (onychophagie, onanisme, etc.) ; des impulsions irrésistibles (kleptomanie, etc.) ; des intoxications (morphinomanie, dipsomanie, etc.). La lutte entre l'hérédité et la suggestion. — Le cours sera complété par des démonstrations cliniques à l'Institut psycho-physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts, les samedis à 10 heures et demie. (S'inscrire à l'Institut psycho-physiologique).

Les Scientistes chrétiens. —Voilà les *scientistes chrétiens* ou guérisseurs par la foi qui prennent modèle sur Mme Carrie Nation, la Jeanne Hachette des temperantes du Kansas et déclarent la guerre, non plus aux limonadiers, mais aux apothicaires. Il y a quelques jours, miss Dovie, une « guérisseuse par la foi » de Chicago, a pénétré, suivie d'un certain nombre de jeunes femmes de sa trempe, dans plusieurs pharmacies de la ville et a commencé à briser les bocaux et les fioles sous prétexte que tous les remèdes sont des agents du diable et qu'il n'y a que la foi qui sauve. Ce qu'il y a de mieux, c'est que la police a assisté impassible aux exploits de miss Dowie qui ont, comme on le pense, provoqué de sérieuses bagarres. (*Le Temps*, du 25 février 1901).

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la grippe et de ses manifestations broncho-pulmonaires par l'hélénine.

De toutes les manifestations grippales si fréquentes en cette saison, celles qui portent sur les voies respiratoires offrent le plus de dangers. L'inflammation des premières voies respiratoires détermine une toux rebelle et pénible, et est souvent suivie de l'extension de l'infection grippale aux bronches et même au parenchyme pulmonaire. L'action de l'hélénine du Dr de Korab, qui calme la toux, qui modifie et diminue l'expectoration, qui jouit en outre d'un pouvoir microbicide bien constaté, sera d'une grande utilité dans le traitement curatif de la grippe et dans la prophylaxie de ses complications broncho-pulmonaires. Ce précieux agent thérapeutique, qui a fait brillamment ses preuves dans les épidémies de grippe de ces dernières années, s'administre à la dose de 3 à 5 globules d'hélénine du Dr de Korab par jour.

Depuis qu'on essaye de remplacer la créosote par les innombrables dérivés de la créosote ou du gaïacol, la lutte contre la tuberculose semble avoir perdu le terrain gagné précédemment. C'est qu'ucun de ces composés n'a donné des résultats aussi satisfaisants que la créosote elle-même, et surtout que l'huile de foie de morue créosotée.

L'huile dissout la créosote, l'émulsionne dans l'intestin, facilite son assimilation, développe et multiplie son action balsamique et antiseptique.

C'est ainsi que s'explique l'incomparable efficacité des Capsules Dartois qui contiennent chacune 5 centigrammes de véritable créosote de hêtre dissoute dans 20 centigrammes d'huile de foie de morue. — Cette préparation est incontestablement supérieure à toutes les mixtures plus ou moins complexes qui fatiguent rapidement les malades.

BIBLIOGRAPHIE

La Profession médicale, ses devoirs, ses droits; par G. Morache, professeur de médecine légale à l'Université de Bordeaux. (F. Alcan, édit., 1901.)

Le professeur de médecine légale de la Faculté de Bordeaux est frappé des effets de la crise médicale qui est sensiblement la même dans chaque pays, comme l'a démontré en 1900 le Congrès international de Médecine professionnelle. Dans son très intéressant livre sur la profession médicale, M. Morache fait l'histoire de l'exercice de la médecine, y expose le rôle des femmes, décrit la vie médicale dans les différents milieux, aborde la question la plus importante des rapports du médecin et de ses clients et la fait suivre de celle des honoraires, son corollaire obligé. La responsabilité, le secret, le service de la justice font autant de chapitres intéressants. M. Morache termine par l'examen des Associations professionnelles; les quelques pages qu'il réserve aux Syndicats médicaux sont dictées par le bon sens et le désir de voir les médecins utiliser avec profit les armes dont ils sont pourvus par la loi; il regrette l'erreur des médecins connus qui ne voient pas la nécessité d'apporter aux Syndicats, avec leur nom, leur notoriété et leur activité. La conclusion du Pr Morache, c'est que, malgré la crise actuelle, la profession médicale mérite l'affection et le dévouement de ceux qui l'exercent et le respect et l'admiration des esprits supérieurs. Voilà, à notre avis, qui est noblement pensé et exprimé. J. N.

Dictionnaire de la table; par le Dr Félix Brémond (Paris, O. Doin; Marseille, P. Ruat, éditeurs.)

Ce très intéressant et très humoristique ouvrage porte le sous-titre très mérité de bromatologie pittoresque et illustrée. Nous n'insisterons pas sur les illustrations qui cependant méritent bien des éloges, mais sur le pittoresque, qualificatif que l'auteur a largement mérité, nous y aurions joint spirituel, si le fait d'être pittoresque en bromatologie n'exigeait pas déjà beaucoup d'esprit. La cuisine sut de tout temps mettre en verve. De Brillat-Savarin à Monselet, parmi les profanes, et de notre vieux Rabelais au regretté Camuset et à M. Brémond, parmi les médecins, les gastronomes n'eurent jamais la réputation de s'exercer dans le genre ennuyeux. M. F. Brémond a mieux fait, il n'a pas ménagé les bons et utiles conseils de l'hygiène qu'il a su dans chaque article de son *Dictionnaire de la table*, assaisonner d'épices et de condiments qui en facilitent la digestion et en font des mets délicieux. Nous pourrions citer de très intéressantes pages que nos lecteurs liraient avec plaisir, le hasard nous fait tomber sur deux mots qui se suivent, et dont les articles ne tiennent que quelques lignes; ils sont ainsi faciles à citer et ils contiennent en outre toute la philosophie du dictionnaire. Un dieu malin a dû les rapprocher tout exprès; ce sont *Inanition* et *Indigestion* (page 186.)

Inanition. — Épuisement par défaut de nourriture, voir jeûne. *Inanition*, vient de *inanire* (vider) d'où le proverbe : « Sac vide ne tient pas debout. »

Indigestion. — Arrêt subit de l'acte digestif, reconnaissant une infinité de causes : refroidissement après le repas; exercice violent, excès de table, mastication incomplète, usage d'aliments de mauvaise qualité, etc. En général les troubles qui accompagnent l'indigestion se dissipent en prenant deux ou trois tasses de thé ou de camomille, avec quelques gouttes d'un alcoolat, tel que l'Eau des Carmes. L'indigestion, disait Victor Hugo, est chargée par le bon Dieu de faire la morale aux estomacs.

On le voit, le Dr F. Brémond connaît les proverbes et ses auteurs. J. Noir.

Consultations médicales; par le Dr Huchard (J.-B. Baillière et fils 1901).

Si le Dr Huchard était un inconnu et qu'il fut nécessaire de recommander la lecture de son livre, il suffirait d'annoncer le succès qu'il obtient. Au moment où je vais rendre compte aux lecteurs du *Progrès* de la première édition, j'apprends qu'elle est épuisée et qu'une deuxième est sur le point de paraître. Ceci n'est pas une réclame, chacun peut et va en vérifier l'exactitude. D'ailleurs personne ne s'étonnera du succès d'un livre du médecin de Necker. On y retrouve toujours son talent de clinicien, ses idées si nettes et si personnelles, son style clair et précis et son désir constant d'être utile à tous, étudiants et praticiens. Mais dans ce livre il a cherché à instruire d'une façon pratique et intéressante et sous le titre modeste de « Consultations Médicales », il a rassemblé et permis de rassembler les causeries auxquelles donnent lieu les hasards de sa consultation hospitalière. On trouvera donc dans l'ouvrage des considérations cliniques, des observations soigneusement rapportées, une étude des causes des maladies, le tout ayant pour but d'indiquer la médication à employer et de mettre en œuvre, avec un maximum d'action, les ressources thérapeutiques. Ce n'est qu'en raisonnant sur chaque cas et en le disséquant, pour ainsi dire, qu'on peut avoir des chances de lui appliquer une médication utile et intelligente. M. Huchard oppose l'art de consulter à l'art de formuler. Celui-ci n'est plus « l'art de faire » en quelque sorte des mariages contre nature entre plusieurs médicaments dont l'action physiologique est absolument opposée, et dont les propriétés chimiques arrivent à produire comme deux parties de glycérine unies à une partie d'acide chromique, ou encore avec d'autres associations inattendues, des mélanges aussi étonnants que détonnants. Et peut-être arrivera-t-il un jour où l'on écrira un livre ainsi conçu : « la thérapeutique en vingt ou trente médicaments », mais avec des médicaments dont nous connaîtrons complètement toutes les propriétés physiologiques. Alors, à ce moment, on ne pourra plus dire « que l'apparente abondance de nos richesses cache une réelle pauvreté, que nous n'avons que des médicaments et pas de médications. » Cette phrase, extraite de la préface, indique nettement le projet de M. Huchard en publiant cette série de consultations médicales. Il a vu le vice de la plupart des traités thérapeutiques, il l'a d'abord évité ; il fallait ensuite enseigner cette thérapeutique résultant des indications cliniques et remplissant les conditions indiquées précédemment. Il a donné l'exemple et a abordé un grand nombre de sujets. On remar-

que comme toujours la prédilection de l'auteur pour les maladies de l'appareil circulatoire ; mais les affections du tube digestif, de l'appareil urinaire, les maladies infectieuses font l'objet d'un grand nombre de chapitres. En somme c'est un ouvrage qui mérite d'être entre les mains de tous ceux qui ont le désir de s'instruire d'une façon utile et raisonnée, et profiter de l'expérience et de la science d'un maître ; et l'on est heureux d'apprendre que ce n'est que le commencement d'une série.

L'insuffisance hépatique; par Gouget, médecin des hôpitaux. (1 petit vol. de 201 p., Encycl. Léauté, chez Masson et Gauthier-Villars).

Travail savamment exposé, formant un résumé complet, méthodique et condensé (définition, étiologie, anatomie pathologique, symptomatologie, diagnostic, traitement) sur l'incapacité fonctionnelle du foie. Parmi les nombreuses causes d'insuffisance (causes mécaniques, causes toxiques), nous retrouvons l'alcool, lequel, sous la seule forme de vin, produirait, d'après Lancereaux, la cirrhose hépatique, tandis que l'absinthe n'agirait que sur le système nerveux. M. Gouget adopte une opinion moyenne, en accordant, et au vin, et à l'alcool pur, et aux liqueurs à essences, le pouvoir cirrhotique ; c'est la sagesse même. Relevons l'influence étiologique des moules (cirrhose des Feugiens) et de certains champignons vénéneux. Le sous-chapitre des « symptômes urinaires », est particulièrement bien traité, sans qu'on sache encore quelle est la vraie pathogénie de l'urobilinurie (théorie hématique, théorie des tissus, théorie intestinale, théorie hépatique, théorie entéro-hépatique). N'oublions pas ce qui a trait à l'indican (p. 114), à la peptonurie (p. 120), à l'albuminurie (p. 122), à la lipurie, et enfin à l'hypertoxicité urinaire qu'on détermine par la méthode de Bouchard (p. 125). Le traitement de l'insuffisance hépatique (petite et grande) est prophylactique et curatif. Ce dernier, au point de vue alimentaire, sera surtout végétal : viandes blanches (veau, agneau, porc, volaille), mais surtout, œufs, légumes verts (sans excès, à cause des sels de potasse), légumes féculents, fruits (raisin), lait. Comme médicaments : extrait de fiel de bœuf, poudre ou extrait de foie d'animaux (veau, porc).

Au résumé, le livre de M. Gouget nous a paru très travaillé et remarquablement présenté. P. Cornet.

L'orientation; par le Dr P. Bonnier, 1 vol de la collection *Scientia*. (Carré et Naud, édit.)

Un livre qui, comme celui-ci, est une analyse subtile et savamment détaillée d'un fait fort complexe en lui-même, ne se prête guère à un compte rendu analytique susceptible d'en préciser les points intéressants et les conclusions originales. Ce que nous pourrons faire de mieux, je crois, pour donner de ce travail un aperçu un peu valable, qui ne soit pas tout à fait une banale reproduction de table des matières, ce sera de reproduire textuellement les passages qui nous ont frappé comme des conclusions ou des résumés des questions ardues successivement abordées par l'auteur ; et nous disons « textuellement », parce que nous sommes d'avis qu'en pareille occurence, en face de propositions résultant d'une étude abstraite, et formulées en phrases dont tous les mots sont pesés et portent, la paraphrase n'est pas de mise, et la citation exacte est seule admissible. Dans un premier chapitre, l'auteur s'occupe de définitions et indique la division de son travail. « Dans l'analyse sensorielle des choses de notre milieu, l'orientation définit, non le *lieu* de chaque chose dans l'espace, mais la *direction* dans laquelle se présente ce lieu par rapport à nous. » « Notre propre orientation, c'est-à-dire l'orientation subjective, comprend, d'une part, ce que j'ai appelé le *sens des attitudes segmentaires*, c'est-à-dire la perception de l'orientation de chaque partie de notre corps par rapport aux autres parties, et, d'autre part, *l'orientation subjective directe*, ou orientation totale. Cette dernière nous fournit la notion de notre attitude et de nos déplacements en totalité. *L'orientation objective* nous fournit la notion de l'orientation des choses de notre milieu par rapport à nous, et les unes par rapport aux autres. » *L'orientation lointaine* sera étudiée en dernier lieu.

— Le second chapitre est consacré à l'examen préalable de la *notion d'espace*. Dans le troisième chapitre, M. Bonnier aborde l'étude du *sens des attitudes segmentaires*, nom qu'il a donné à « la faculté que nous possédons de savoir à tout instant orienter une partie de notre corps par rapport à toutes les autres. » Et il envisage cette faculté comme « une aptitude primordiale de la tactilité », laquelle doit être considérée dans son ensemble, c'est-à-dire en tant que tact superficiel ou sens du toucher, et tact profond ou tact viscéral. Il fait ensuite un long examen critique des théories du sens musculaire, du sens kinesthésique, etc., et termine par la conclusion suivante : « Il n'y a donc pas de sens musculaire spécial. Nous sentons notre volonté, au point de notre écorce où elle prend naissance, nous en sentons les effets associés au point de nos segments où ces effets se produisent. »

Le *sens de l'attitude totale* est le sujet du quatrième chapitre, où l'auteur fait intervenir des considérations anatomiques et physiologiques sur les organes qui régissent l'orientation chez un certain nombre d'animaux inférieurs. Dans les chapitres suivants sont examinés les *rapports de l'orientation subjective avec la motricité* (cinquième chapitre), et les *rapports de l'orientation subjective avec la sensibilité* (sixième chapitre), comprenant, comme sous-divisions, *les orientations tactile, visuelle, auditive* et *olfactive*, et se terminant par un paragraphe sur les *notions stéréognostiques*, ou notions de localisation et de forme. Dans le septième chapitre, M. Bonnier arrive à l'*orientation lointaine*, qu'il étudie successivement chez les animaux et chez l'homme. Enfin, au huitième et dernier chapitre, il essaie de définir le *domaine psychique de l'orientation*, en montrant les nombreuses notions qui « sont fonctions de l'orientation. » Ch.-H. Petit-Vendol.

De l'anesthésie locale par infiltration (méthode de Schleich); par le Dr Jul. Ronder. Thèse de Lyon, 1909. (P. Legendre, édit.).

Après avoir résumé les effets de la cocaïne, donné quelques indications sommaires sur les succédanés de cet alcaloïde, l'holocaïne et la tropacocaïne, puis consacré quelques pages aux anesthésiques locaux, chlorure de méthyle, chlorure d'éthyle, coryl, anesthyle, et gaïacol, l'auteur indique, dans un historique très sommaire, la genèse de la méthode d'anesthésie de Schleich, qui consiste à infiltrer les tissus avec une solution contenant à faibles doses de la cocaïne, du chlorhydrate de morphine et du chlorure de sodium, plus quelques gouttes d'acide phénique ; puis il aborde en détail l'exposé pratique et la technique de cette méthode suivant ses diverses conditions d'application. Il reproduit d'abord les trois formules des solutions graduées que Schleich emploie pour anesthésier les tissus par infiltration, puis décrit, en général, le manuel opératoire de cette anesthésie, successivement pour la peau, les tissus profonds, les tissus enflammés, etc. Dans les chapitres suivants, il passe en revue les applications de la méthode de Schleich aux opérations sur les membres, sur la tête, le cou et la poitrine, aux opérations abdominales, et enfin à l'art dentaire, étayant son étude de nombreuses observations personnelles recueillies dans les services de ses maîtres des hôpitaux de Lyon. Dans un dernier chapitre, il étudie les avantages, les inconvénients et les dangers apparents de ce mode d'anesthésie locale. Dans cette partie de son travail, il discute les objections faites à la méthode aux divers points de vue du temps qu'exige son application ; du danger de l'infiltration dans les tissus des diabétiques ; des risques d'inoculation par les piqûres et de localisations secondaires, en cas d'opérations dirigées contre des tumeurs malignes ;... etc., et il essaie brièvement d'établir un départ entre les cas où elle est appelée à rendre de réels services, et ceux où elle n'est pas recommandable et doit céder le pas à l'anesthésie générale (grandes interventions longues et minutieuses, opérations chez l'enfant,... etc.). Il insiste, en terminant, sur trois précautions des plus importantes pour le succès des applications de la méthode de Schleich : 1° ne commencer l'opération que quatre ou cinq minutes après l'injection, 2° ne pas opérer le malade à jeun ; 3° l'opérer couché. A la fin de sa thèse, l'auteur reproduit une lettre du Pr Mickulicz, de Breslau, où cet éminent chirurgien, sur sa prière, lui résume les résultats de son expérience au sujet de l'anesthésie de Schleich.

Ch.-H. Petit-Vendol.

VARIA

Le nombre des étudiants à la Faculté de Médecine de Paris.

A la fin de l'année scolaire 1899-1900, le nombre des étudiants en médecine à la Faculté de Paris était de 4.315. A la rentrée des cours, au 1er octobre, il était de 4.166, en diminution de 149 sur l'année précédente. Cette diminution doit, selon toute probabilité, être attribuée au nouveau régime d'études et aux dispositions prises à l'égard des étrangers, pour l'obtention du diplôme d'Etat.

Le rapport au Conseil de l'Université fait remarquer que chaque nouveau régime d'études a été constamment marqué, à son début, par un abaissement du nombre des élèves nouveaux astreints à ce régime. D'autre part, les étrangers se sont montrés jnsqu'à présent peu empressés à conquérir le diplôme universitaire qui ne confère pas le droit à l'exercice. Ce qui prouve que la réforme était urgente et que la plupart des étrangers inscrits à la Faculté étaient moins attirés par le bon renom de nos professeurs que par leur désir de s'installer et de vivre dans un pays où on les dispensait des études classiques préalables, et où ils étaient indemnes du service militaire. Il est à noter toutefois que 60 étrangers ont obtenu, ou la dispense complète, ou l'équivalence des titres universitaires exigés pour l'inscription à la Faculté de Médecine. C'est encore trop. Il faut accuser de cet excès de faveur le Ministère de l'Instruction publique, qui cède trop facilement aux sollicitations des ambassades étrangères, au lieu de se retrancher purement et simplement derrière les règlements universitaires. Sur ce nombre, il y a 14 Russes, 9 sujets de l'empire ottoman, 7 Roumains et 5 Grecs. Les 25 autres sont constitués par des unités, de nationalités les plus diverses.

Le nombre des élèves nouveaux entrés à la Faculté de Paris comme élèves docteurs est de 754, sur lesquels il y a 694 Français et 60 étrangers. La proportion de ceux-ci a, comme on le voit, fort diminué.

379 élèves ont pris directement à Paris leur première inscription; 350 sont venus des Facultés ou Ecoles de province.

137 élèves sont venus des Facultés de : Bordeaux, 33. Toulouse, 29. Montpellier, 23. Lille (libre), 19. Lille (Etat), 16. Lyon, 14. Nancy, 3.

81 des Ecoles de plein exercice de : Rennes, 43. Nantes, 28. Marseille, 8. Alger, 2.

132 des Ecoles préparatoires de : Rouen, 22. Poitiers, 21. Limoges, 15. Caen, 14. Clermont, 12. Reims, 12. Angers, 10. Tours, 9. Dijon, 9. Besançon, 5. Amiens, 2. Grenoble, 1.

Enfin, la Faculté, en 1899-1900, a délivré 658 diplômes de docteur : 572 à des Français, dont 7 femmes, et 86 à des étrangers, dont 59 hommes et 27 femmes. Bien que ce rapport au Conseil de l'Université n'en fasse pas mention, il est probable que les 86 docteurs étrangers étaient en cours d'études avant l'apparition des nouveaux règlements, et que, par conséquent, leur diplôme leur confère le droit entier à l'exercice de leur profession. (*Gazette des Hopitaux* du 12 mars).

Le groupe des médecins du Parlement.

Voici la liste des médecins du Parlement telle qu'elle a été dressée le 20 janvier 1901, lors de la reconstitution du groupe médical :

Sénateurs. — MM. Allemand (César). Bataille. Béraud. Bizarelli. Bontemps. Boularan. Camparan. Collinot. Combes. Cornil, *président*. Dellestable. Denoix. Francoz. Frézoul. Gauthier (Aude). Gauthier (Haute-Saône). Gérente. Goujon. Guillemaut. Guyot (Rhône). Labbé (Léon). Labrousse. Laurens. Legludic. Lordereau. Lourties. Martin (Félix). Ouvrier. Pédebidou. Perréal. Petitjean. Piettre. Pozzi. Roussel (Th.) Rolland (Tarn-et-Garonne). Saillard. Sigallas. Treille. Turgis. Vagnat. Viger. Villard. Soit quarante-deux sénateurs.

Députés. — MM. Amodru. Bachimont. Barrois. Baudon. Borne. Bourgeois (Vendée). Boutard. Cazals. Cazauvieilh. Chambize. Chapuis. Chassaing. Chautemps. Chevillon. Chopinet. Clament. Clédon. Closmadeuc-Dumenez. Dasque, Defontaine. Delarue. Delbet. Devins. Dron. Dubief. Dubois. Dubuisson. Dufour (Isère). Duquesnay. Empereur. Ferroul. Gacon. Herbet (Ain). Hugon. Isambard. Lachaud, *secrétaire*. De Lanessan. Levraud. De Mahy. Merlou. Paulin-Méry. Perchaud. Ponteyron. Rey (Lot). Ricard (Côte-d'Or). Simyan. Theulier. Turigny. Vacher (Corrèze). Vaillant. Vazeille. Vigné. Villejean. Soit cinquante-trois députés.

Une « espèce » neuve en jurisprudence.

En mai 1899, M. Fourcade, dont la fillette Suzanne, âgée de trois ans, était atteinte de broncho-pneumonie, alla, sur les conseils de quelques voisins, prier un « praticien » du quartier, renommé pour ses cures merveilleuses, de venir donner ses soins à la petite fille. Le pseudo-docteur accourut et fit, avec le père de famille, un traité à forfait, exigeant tout d'abord le versement d'une somme d'argent qui devait être complétée après guérison. La fillette mourut au bout de quelques jours.

Le rapport des médecins légistes établit que les fioles contenant les médicaments prescrits n'avaient pas été débouchées, c'est-à-dire que la médication du « praticien » n'avait été pour rien dans la mort de l'enfant. Poursuivi devant la dixième chambre correctionnelle, pour exercice illégal de la médecine, le faux docteur fut condamné à quinze cents francs d'amende. Aujourd'hui M. Fourcade intente contre le « praticien » une action en dommages-intérêts, juridiquement fort intéressante. Le procès vient d'être plaidé à la sixième chambre du tribunal, présidée par M. Vigeau. Me Eman Thibault, au nom de M. Fourcade, a soutenu cette thèse que le seul fait par le pseudo-docteur d'avoir consenti à donner ses soins à un malade, alors qu'il n'était pas médecin authentique, et *d'avoir ainsi privé le malade des soins d'un vrai médecin constitue, de sa part*, un préjudice dont il doit réparation. Me Robic, pour le défendeur, a répliqué qu'aucune faute n'était imputable à son client et que le fait, par ce dernier, de se présenter en général comme docteur médecin ne constitue pas, vis-à-vis de M. Fourcade en particulier, la faute qui doit être la base de toute responsabilité.

La sixième chambre supplémentaire a renvoyé au 24 avril pour la solution de ce point de droit encore neuf en jurisprudence. Me GRANDGOUSIER (*Le Matin*, du 8 avril).

Le médecin des pauvres.

Nous extrayons du discours prononcé par M. le Dr Barbillion, au banquet des médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris, le passage suivant :

« Pour moi, dit-il, j'ai souvent rêvé d'un type idéal de médecin du Bureau de bienfaisance; je le conçois volontiers comme un brave, honnête et consciencieux praticien; aussi éloigné, dans son attitude vis-à-vis de sa clientèle indigente, de la froideur ou de l'indifférence que de la sensiblerie ou de la compassion larmoyante; à égale distance de cette morgue hautaine qui blesse et irrite, que de cette famaliarité tutoyante qui autorise des réciprocités peu en rapport avec le caractère respectable de notre profession; mais, avant tout, d'une rondeur franche et bienveillante, d'une urbanité un tantinet imposante, et d'un optimisme aussi large que possible. Soyons pour les pauvres le médecin Tant-Mieux, donnons-leur de plus d'espoir possible. Cela ne nous coûte guère et cela fait tant de bien. N'oublions pas que la brume est déjà assez épaisse dans les noirs taudis, et gardons-nous comme d'une mauvaise action d'ajouter encore au fardeau de misère et de découragement qui pèse si lourdement sur les épaules des pauvres gens. »

Ce portrait si simple et si vrai devrait servir d'exemple à tous nos confrères, tant au domicile de l'indigent que dans les milieux hospitaliers. Moins de morgue et d'orgueil, plus d'affection et d'humanité; la considération et le respect du médecin ne sauraient y perdre.

L'évolution de la chirurgie.

Hier, à la Société des conférences, M. le Dr Delbet a donné une très brillante conférence sur l'évolution de la chirurgie. Avec une merveilleuse clarté de langage et une verve entraînante, M. Delbet a retracé les progrès de la chirurgie depuis

vingt années; il a fait le tableau terrifiant des opérations d'autrefois; il a dépeint l'hôpital de jadis où l'infection et la gangrène tuaient à peu près tous les opérés; puis il a montré l'anesthésie et la méthode aseptique permettant aux chirurgiens d'aujourd'hui de tenter toutes les interventions et d'y réussir presque infailliblement. Il a énuméré et décrit toutes ces opérations nouvelles avec la passion du professionnel qui adore le métier où il excelle, et aussi avec cette sorte d'orgueil que donnent aux chirurgiens les résultats surprenants de leurs méthodes maintenant victorieuses.

Cependant les derniers mots de ce remarquable exposé ont été pour constater que, peut-être après ces prodigieux progrès, la chirurgie entrait dans une phase où elle ne connaîtrait plus que des perfectionnements de détail, tandis que la médecine voyait s'ouvrir devant elle de grands horizons, hier encore insoupçonnés, grâce à la sérumthérapie. (*Journal des Débats* du 21 mars 1901.)

Chapelier-rebouteur.

Les juges correctionnels ont eu à juger un ancien infirmier da la campagne franco-allemande, nommé Château, qui, la guerre terminée, s'était établi chapelier et avait fini par joindre à cette profession le métier de rebouteur bénévole. Château avait même obtenu une certaine vogue. Malheureusement pour lui, il voulut réduire dernièrement une fracture du bras dont avait été victime un jeune enfant. Il s'y prit mal et le bras resta ankylosé D'où plainte au parquet. Il a été condamné à quinze jours de prison avec sursis et 50 francs d'amende.

La langue française à l'étranger.

Une statistique publiée par l'Alliance française, dont on sait les très beaux efforts pour la propagation de notre langue à l'étranger, nous apprend quelles sont les langues les plus répandues.

De cette statistique, il résulte que l'anglais est parlé par 116 millions d'individus, le russe par 85 millions, l'allemand par 80 millions, le français par 58 millions, l'espagnol par 44 millions, le japonais par 40 millions, l'italien par 34 millions, et enfin le chinois par 360 millions. Ces chiffres n'ont rien de surprenant en ce qui concerne le chinois et le russe, puisque ces vastes Etats comprennent une population nombreuse, et ils ne prouvent pas que la diffusion de la langue russe ou de la langue chinoise à l'étranger soit très grande. Mais la diffusion des langues anglaise et allemande va toujours en augmentant. La langue française n'occuperait donc aujourd'hui que le troisième rang dans la statistique des dialectes parlés en dehors de la nation elle-même, et on ne peut que conseiller aux Français d'aider chaque jour davantage l'Alliance française dans son œuvre de propagation.

L'institut antirabique du Pr Högyes.

Dans le courant du mois de février, 198 individus ont été vaccinés à la suite de morsures de chiens, pas un seul cas de décès à signaler. L'année dernière on a compté 420 vaccinations, et depuis la fondation le chiffre a atteint 14.874. A Budapest, 680 cas ont été examinés, et dans le courant de l'année 1.441. Pour les premiers soins des nouveau-nés dans le courant de février, 100 cas ont été examinés et 63 opérations ont été faites. A la clinique de l'Université de Klausen, 3.385 malades ont été soignés, 798 cas ont nécessité une intervention chirurgicale, 108 individus ont été soignés dans la Clinique pour des affections des yeux, 96 opérations ont été effectuées à la Clinique de gynécologie.

Les épidémies.

La peste. — La peste, qui continue ses ravages au Cap et s'y développe de plus en plus, a fait de nouveau son apparition en Egypte, à Alexandrie.

La variole. — L'épidémie de variole, très atténuée à Paris, ferait de nombreuses victimes dans la commune d'Aubervilliers, sur le territoire de laquelle est l'hôpital d'isolement des varioleux de la ville de Paris. Cela semblerait indiquer que la municipalité ne fait pas procéder à la revaccination d'une façon régulière et convenable.

Enseignement médical libre.

Technique histologique et histologie. — M. J. Jolly commencera, le mardi 16 avril 1901, au Laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe, rue des Ecoles), une série de conférences pratiques sur la technique histologique et l'histologie. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures.

FORMULES

XXVI. — Contre l'eczéma.

Oléate de zinc . . . . . }	ãã 30 grammes.
Kaolin. . . . . }	
Thymol	0 gr. 50 centigr.

pour saupoudrer la peau.

On peut se servir de la pommade suivante :

Oléate de zinc. . . . . . }	ãã 30 grammes.
Vaseline . . . . }	

ou de l'onguent :

Oléate de zinc . . . . . }	ãã 30 grammes.
Paraffine. . . . . }	

(H. Bocquillon-Limousin.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 31 mars au samedi 6 avril 1901, les naissances ont été au nombre de 1.112 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 397, illégitimes, 162. Total, 559. — *Sexe féminin* : légitimes, 407, illégitimes, 146. Total, 553.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 31 mars au samedi 6 avril 1901, les décés ont été au nombre de 1072, savoir : 561 hommes et 511 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 3, F. 4, T. 7. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 3, F. 7, T. 10. — Rougeole : M. 12, F. 6, T. 18. — Scarlatine : M. 3, F. 0, T. 3. — Coqueluche : M. 5, F. 2, T. 7. — Diphtérie et Croup : M. 9, F. 6, T. 15. — Grippe : M. 5, F. 8, T. 13. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0, — Autres maladies épidémiques : M. 1, F, 2, T. 3. — Tuberculose des poumons : M. 140, F. 96, T, 236. — Tuberculose des méninges : M. 13, F. 12, T. 25. — Autres tuberculoses : M. 7, F. 6, T. 13. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 15, F. 34, T. 49. — Méningite simple : M. 15, F. 11, T. 26. — Congestion hémorragique et ramollissement du cerveau : M. 37, F. 23, T. 60. — Maladie organique du cœur : M. 41, F, 41, T. 82. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 7, T. 11. — Bronchite chronique : M. 22, F. 19, T. 41. — Pneumonie : M. 31, F. 32, T. 63. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 45. F. 47, T. 92. — Affection de l'estomac (cancer exc.) : M. 2, F. 2, T. 4. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 1, F. 3, T. 4; autre alimentation, M. 11, F. 2, T. 13. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Hernies, obstruction intestinale : M. 1, F. 3. T. 4. — Cirrhose du foie : M. 3, F. 6, T. 9. — Néphrite et mal de Bright : M. 13, F. 15, T. 28. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 4, T. 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 5, T. 5. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 10, F. 10, T. 20. — Débilité sénile : M. 14, F. 33, T. 47. — Morts violentes : M. 28, F. 11. T. 39. — Suicides : M. 16, F. 4, T. 20. — Autres maladies : M. 53, F. 45, T. 98. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 13, F. 7, T. 20.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 64, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 14. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 17, illégitimes, 7, Total : 24.

Ecole de Médecine et de Pharmacie de Dijon (*Cours pour le deuxième semestre de l'année scolaire* 1900-1901). — *Médecine* : Clinique médicale, M. Deroye. Clinique chirurgicale, M. Parizot. Clinique obstetricale, maladies des femmes et des enfants, M. Gautrelet. Physiologie, M. Tarnier. Pathologie externe et médecine opératoire, M. Broussolle. Histologie, M. Collette. Physique biologique, M. Hurion. Anatomie et physiologie générales, histologie, M. Zippel, professeur suppléant. Anatomie pathologique et bactériologie clinique), M. Dubard, professeur suppléant. Chimie

biologique, M. Bellier, professeur suppléant. Travaux pratiques d'histologie, M. Zippel, chef des travaux anatomiques et histologiques. Travaux pratiques de médecine opératoire, M. N., chef des travaux de médecine opératoire. Travaux pratiques de chimie et de physique, M. Voisenet, chez des travaux physiques et chimiques. Travaux pratiques de physiologie, M. Michaut, chef des travaux physiologiques. Conférencecs cliniques sur l'aliénation mentale, M. Garnier, médecin en chef de l'Asile d'aliénés. — *Pharmacie* : Histoire naturelle médicale, M. Laguesse. Physique, M. Hurion. Histoire naturelle, M. Bonnabeaud, professeur suppléant. Toxicologie, M. Bellier, professeur suppléant. Travaux pratiques de chimie et de physique, M. Voisenet, chef des travaux physiques et chimiques. Travaux pratiques d'histoire naturelle, M. David, chef des travaux d'histoire naturelle.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de géologie.* — M. Stanislas Meunier, professeur, commencera le Cours public de Géologie le mardi 16 avril 1901, à 5 heures, dans l'Amphithéâtre de la galerie de géologie au Jardin des Plantes et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Le professeur étudiera les phénomènes éruptifs des diverses catégories au cours des époques géologiques; il résumera les théories principales qui en ont été proposées et il cherchera à en définir la signification dans la physiologie du globe terrestre. Le cours sera complété par des excursions géologiques que des affiches spéciales annonceront successivement.

Cours de physiologie générale. — M. N. Grehant, professeur, commeneera le Cours le mardi 16 avril, à 4 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, dans son laboratoire, quai Saint-Bernard. *Objet du cours* : Première leçon: Traitement par l'oxygène à la pression atmosphérique de l'homme empoisonné par l'oxyde de carbone. Les leçons suivantes seront consacrées à la démonstration des principales expériences relatives à la respiration, à la circulation et à l'exposé de recherches nouvelles sur l'alcoolisme.

Cours de pathologie comparée. — M. Chauveau, membre de l'Institut, professeur, ouvrira ce Cours le mardi 16 avril 1901, à 2 heures, au laboratoire de pathologie comparée. et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Premier congrès international de la Presse Médicale. — Les comptes rendus officiels du premier Congrès international de la Presse médicale de 1900 viennent de paraitre. Les volumes sont en dépôt au Secrétariat général de l'Association de la Presse médicale française, boulevard Saint-Germain, 93, Paris, (VIe), où l'on peut les retirer. Suivant l'usage, les exemplaires destinés aux membres étrangers du Congrès ont été expédiés, pour certains pays, aux délégués principaux. En conséquence, les membres étrangers de ces pays sont priés de s'adresser aux personnalités ci-dessous, pour retirer l'exemplaire auquel ils ont droit : *Allemagne et Autriche* : M. le Dr Posner (de Berlin). *Belgique* : M. le Dr Péchère (de Bruxelles). *Italie* : M. le Pr Bossi (de Gênes). *Angleterre* : M. le Dr Sprigg (de Londres). *Russie* : M. le Dr Petersen (de Saint-Pétersbourg). *Amérique du Nord* : M. le Dr Fassett (de Saint-Joseph, M^o). Pour les autres pays, s'adresser à Paris, au trésorier adjoint du Congrès, 93, boulevard Saint-Germain.— Les personnes qui, n'ayant pas adhéré au Congrès, désireraient recevoir les comptes rendus officiels sont priées de s'adresser directement au Secrétariat de l'Association de la Presse médicale française, 93, boulevard Saint-Germain (VIe), Paris.

Concours pour l'agrégation du Val-de-Grace. — Un concours s'ouvrira le 2 septembre 1901 : 1° pour une place d'agrégé de medecine légale et administrative ; 2° pour une place de chirurgie d'armée et une autre d'anatomie chirurgicale.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Un décret modifie comme suit la composition du conseil supérieur de l'Assistance publique. Ce conseil sera désormais composé de membres de droit et de quarante-six membres nommés par décret. Sont membres de droit du conseil : le vice-président du Conseil d'Etat, les directeurs de l'assistance et de l'hygiène publiques, de l'administration départementale et communale, de l'administration pénitentiaire, des affaires civiles au ministère de la justice, de l'enregistrement, des domaines et du timbre, de l'assurance et de la prévoyance sociales au ministère du Commerce, du service de santé au ministère de la guerre, du service de santé au ministère de la marine, le président du comité consultatif d'hygiène publique de France, le secrétaire perpétuel de l'Académie de Medecine, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris, le directeur du Mont-de-Piété de Paris, les inspecteurs généraux des services administratifs.

Les membres nommés par décret comprennent dix sénateurs, douze députés, vingt-quatre personnes désignées, soit par les fonctions administratives ou électives qu'elles remplissent, soit par leur compétence speciale.

Médecins de Réserve. — Sont promus au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Bourgeois, Bouton, Chevalier, Delbecq, Désir de Fortunet, Fayol, Jardet, Larrieu, Phélisse, Rayneau et Verspuy.— Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Amblard, Anderiodias, Audouin, Aupérin, Auvray, Aymard, Azoulay, Baumann, Beaumont, Beaussenat, Bérard, Berchon, Bernard, Bertonnier, Bertrand, Bezançon, Bodin, Bourdillon, Bourguignon, Bourlaux, Boutry, Brandstetter, Breffeil, Brumaud-Deshoulières, Bué, Byl, Candelier, Carcy, Carpentier, Chocreaux, Chuffart, Cordier, Debrigode, Decourt, Delbreil, Deléardre, Delore, Denis, Doumerg, Dupré, Faure, Gallet, Gallice, Gardette, Gasne, Gayet, Gazzola, Girard, Gordon-Martins, Grandjean, Guigon, Hannebelle, Hézard, Jourdan, Joyes, Lagasquié, Lagoutte, Leduc, Lefebvre, Lenoir, Lestoquoy, Loridant, Manesse, Marbot, Marchadier, Marini, Maschat, Mélian, Ménard, Meyrignac, Moitié, Monestié, Moussaud, Olmières, Pauchet, Perret, Pertat, Phocas-Plichon, Plouvier, Poirier, Pollet, Presle, Quillot, Reynes, J.-B.-B, Ricaud, Ripault, Robert, Robilliard, Rocheblave, Rouby, Rouzé, Savy, Sifflet, Sonrel, Souville, Tamboise, Tonnel, Vanpeteghem, Vaudey, Veyrat, Vibert, Vignau, Vivent, Wintrebert et Zaleski.

Service de santé militaire. — Sont promus dans le corps de santé militaire : Au grade de médecin principal de 1re classe : Le médecin principal de 2e classe Forguès, de l'hospice de Grenoble, maintenu. Au grade de médecin principal de 2e classe : Les médecins majors de 1re classe : MM. Dziewonski, de l'hospice de Tarbes, maintenu; Pauzet, adjoint au directeur du service au Ministère, maintenu; Camus, de l'hospice militaire de Saint-Mihiel, maintenu; Mignon, professeur à l Ecole d'application du service de santé; Famechon, de la garde républicaine, nommé chef des salles militaires de l'hospice mixte de Douai. Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Robert, du 146e d'infanterie, maintenu; Dupeyron, du 67e, maintenu; Costel, du 87e, maintenu; Dumontier, du 84e, maintenu; Spite, du 8e, maintenu; Piot, du 32e d'artillerie, maintenu; Lepagnez, du 127e d'infanterie, passe au 132e; Corneille, du 1er cuirassiers, passe au 2e zouaves; Tayac, du 66e d'infanterie, maintenu; Pascaud, du 39e, maintenu; Fabre, du 14e hussards, passe au 23e d'infanterie; Bernardy, de la direction du service de santé du 8e corps, passe au 8e d'infanterie; Vachez, du 38e d'infanterie, passe au 68e; Martin, du 98e d'infanterie, maintenu; Pelletier, des hôpitaux d'Alger.

Grands travaux. — Le département de la Seine a été autorisé, il y quelques années, à s'imposer de 17 centimes additionnels Or, jusqu'à present, 10 de ces centimes n'avaient pas été mis en recouvrement : on va s'en servir pour gager un emprunt de 200 millions, qui servira a realiser de grands travaux réclamés depuis longtemps par Paris et par la banlieue. Ceux qui nous intéressent sont les suivants : La canalisation et la couverture de la Bièvre dans Paris, la création d'hospices de vieillards (dépense, 6 millions), et d'un sixième asile d'aliénés (dépense, 9 millions), le transfèrement de la prison de Saint-Lazare (dépense, 4 millions 1/2), la construction d'un asile pour aliénés vicieux. *Aliénés vicieux!* voilà une catégorie d'aliénés qui n'a pas encore de description spéciale dans les traités classiques.

Singuliers effets de la foudre. — L'orage de mercredi de la semaine dernière a produit de singuliers effets à Bayeux. Au haut de la côte de Vaucelles, une voiture a été jetée dans le fossé par la foudre, et le cheval s'est trouvé dételé. Malgré cette secousse formidable, voyageurs et cheval se sont retirés indemnes. Chez le sieur Fossey, sur la route de Vaucelles à Sully, la foudre tombant sur la maison a démoli une cheminée et brûlé assez grièvement une bonne qui était occupée à étendre du linge dans la laverie. La pauvre femme est restée sans connaissance pendant près d'une demi-heure. Ses brûlures ne mettent pas sa vie en danger. (Le *Bonhomme Normand* du 14 au 20 mars 1901.)

Contre l'alcoolisme. — Une circulaire du Ministre de la Guerre étend aux troupes coloniales stationnées en France l'interdiction absolue de la vente des boissons à base d'alcool imposée le 3 mai dernier aux cantines des établissements militaires dépendant du département de la guerre. Les commandants des troupes aux colonies devront en outre faire exercer une surveillance constante sur les débits de boissons, notamment ceux tenus par les indigènes; ils consigneront à la troupe ceux de ces établissements, dont la fréquentation pourrait être dangereuse pour la santé. (*Le Temps* du 25 mars 1901.)

Un Parricide. — Un drame terrible s'est déroulé boulevard Bessières, 99, dans le logement d'une famille d'ouvriers. Vers 8 h. 1/2 du soir, le père, Louis Robert, eiseleur, âgé de 38 ans, *alcoolique invétéré*, étant rentré après avoir bu, comme de coutume, plusieurs apéritifs, faisait quelques reproches à son fils aîné, jeune ouvrier, également ciseleur, agé de 19 ans, que son patron venait de renvoyer, faute d'ouvrage. Le jeune homme répondait et aussitôt une violente querelle éclatait. La mère

étant intervenue pour proteger son fils que le père frappait, celui-ci s'acharnait sur la pauvre femme qu'il trainait sur le parquet par les cheveux. Le fils disparut un moment. Il revint bientôt, un revolver à la main : « Lache-la ! cria-t-il à son père, ou je tire. » Le père ne lâcha point sa victime. Le jeune homme, pour l'effrayer, tira en l'air d'abord. Mais comme le père continuait de frapper la pauvre femme, le fils, cette fois, tira sur son père qui, atteint en pleine poitrine, tomba. Affolés, la mère et le fils se précipitèrent hors de la maison, tandis que des voisins venaient donner des soins au blessé. Celui-ci a été transporté à l'hôpital Bichat. Son état est d'ailleurs satisfaisant. Le fils, après avoir erré quelque temps dans la rue, est allé se constituer prisonnier. (Le *Temps* du 27 fevrier 1901).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Raoul RÉGNIER, médecin inspecteur de la Compagnie de Suez, père de notre distingué collaborateur le Dr R.-L. Régnier, auquel le *Progrès Médical* adresse ses plus sincères condoléances. — M. le Dr J. DE MARTIN, médecin des hospices de Narbonne. — M. E. DECROIX, président fondateur de la Société contre l'abus du tabac.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie HACHETTE et Cie,
79, boulevard Saint-Germain.

GEOFFROY-SAINT-HILAIRE. — Lettres écrites d'Egypte à Cuvier, Jussieu, Lacépède, Monge, Desgenettes, Redouté jeune, Norry, etc., aux professeurs du Muséum et à sa famille. Recueillies et publiées, avec une préface et des notes, par le Dr G.-T. HAMY. In-16 de 280 pages. — Prix . . . . 3 fr. 50

Librairie A. MALOINE.
23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

PANCIER, LABORDE (Ch.) et TEULIÉ (H.). — Le compendil de Bienvenu de Jérusalem pour la douleur et maladies des yeux. In-8 de 184 pages.

VALASSOPOULO (A.). — La peste d'Alexandrie en 1899 au point de vue clinique, épidémiologique, etc. In-8 de 164 pages, avec figures et cartes dans le texte.

Librairie G. MASSON,
120, boulevard Saint-Germain.

BAZY. — Maladies des voies urinaires. (Thérapeutique spéciale.) Tome IV. In-8 de 192 pages, avec 9 figures. — Prix broché, 2 fr. 50 cartonné . . . . 3 fr.

MARIE. — (A.). — La rage, avec une préface du Dr ROUX. In-8 de 180 pages, avec 5 fig. — Prix broché, 2 fr. 50, cart. . 3 fr.

SOULIER (H.). — Mémento formulaire des médicaments nouveaux (avec une table alphabétique des indications). In-8 de 24 p. — Prix. . . . . 1 fr. 25

Librairie G. STEINHEIL,
2, rue Casimir-Delavigne.

CORNET (P.). — L'application diététique dans le traitement des maladies des voies digestives avec 200 formules de préparations d'aliments. In-8 de VIII-[illegible] pages. — Prix . . . 10 fr.

TARNIER (S.) et BUDIN (P.). — Traité de l'art des accouchements. Tome IX. [illegible] de la délivrance, opérations, infections puerpérales. In-8 de [illegible] pages, avec 250 figures. — Prix . . . . 12 fr.

BABES (V.). — Die lepra. In-8 de VII-[illegible] pages, avec 6[illegible] figures et 10 planches hors texte. — Wien. 1901. — Librairie A. Holder.

BABES (V.) und SION (V.). — Die pellagra. In-8 de 87 pages, avec 2 planches. — Wien, 1901. — Librairie A. Holder.

BERNABEI (C.). — L'assorbimento extra-polmonare dei gas e la curfisiterapia. In-8 de 10 pages. — Roma 1900. — Tipografia della Camera dei Deputati.

BERNABEI (C.). — Le [illegible] nella [illegible] clinica dei pigmenti biliari ad [illegible] della glucosuria e dell' acido idroclorico gastrico. In-8 de 50 pages. — Siena, 1898. — Tipografia cooperativa

Chronique des Hôpitaux.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr BABINSKI, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses *conférences cliniques sur les maladies du système nerveux*, samedi, 20 avril 1901, à 10 h. 1/4 du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

HOPITAL ANDRAL. — *Cours pratique sur les maladies de l'estomac* (service de M. le Dr Alb. MATHIEU). — MM. les Drs Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Andral, et A. Laboulais, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, commenceront sous la direction de M. le Dr Alb. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, un cours théorique et pratique sur le diagnostic et le traitement des *Maladies de l'estomac*. Le cours sera complet en 20 leçons et aura lieu au Laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, quatre fois par semaine, à 5 h. 1/2 du soir, et commencera le lundi 29 avril. Les travaux pratiques (examen du suc gastrique, et autres procédés de diagnostic) auront lieu par série de 5 élèves de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2 avant le cours. Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser au Laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, tous les matins de 8 heures à midi.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 16. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 20 AVRIL 1901.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Contribution à l'étude clinique de la fièvre pernicieuse comateuse;

Par le Dr Jean-P. CARDAMATIS, vice-président de la Société médicale d'Athènes.

I.

La fièvre pernicieuse comateuse, qui constitue une des formes malignes du Protée palustre, est assurément *le plus fréquent type et la plus dangereuse* manifestation du paludisme, si l'on s'en rapporte non seulement à nos propres statistiques mais, à celles des médecins étrangers.

Pampoukis (1), parmi 307 cas de fièvre pernicieuse, cite 52 cas de fièvre comateuse. De notre part (2), parmi 127 cas de fièvre pernicieuse compris dans deux statistiques dressées par nous, nous constatâmes 113 cas de fièvre comateuse, et au nombre de 1,347 cas de fièvre pernicieuses, nous avons 1,063 cas de fièvre comateuse. Cette fréquence de la fièvre comateuse parmi les formes malignes du paladisme a été aussi rencontrée en Grèce par bon nombre d'auteurs hellènes, et Rizopoulos, Karamitsas, Théophanidis, etc., se prononcent expressément que la fièvre comateuse est la plus fréquente des diverses formes pernicieuses du paludisme en Grèce, et celle qui fournit la plus forte mortalité après la fièvre pernicieuse algide. La mortalité en Grèce due à la pernicieuse comateuse, d'après Pampoukis, s'élève à 33,4 0/0, mais d'après nos propres notes statistiques, elle varie de 20 à 40 0/0 grâce non seulement à l'influence des saisons de l'année, mais aussi sous la puissance de certaines conditions. Mais les auteurs étrangers, parmi lesquels Bergeaud (3) élèvent la mortalité causée par la pernicieuse comateuse jusqu'à 50 0/0. Tous les auteurs étrangers, et parmi eux Bard (4) prétendent que la pernicieuse comateuse est le type le plus fréquent dans tous les climats (1); elle apparaît relativement avec plus de fréquence, dit ce dernier auteur, à mesure qu'on s'éloigne de l'équateur, attendu que dans les régions de plus en plus septentrionales les fièvres pernicieuses, en général, deviennent de plus en plus rares, et elles n'y sont plus représentées que par la forme comateuse qui absorbe toutes les autres. Lebeau (2), qui a écrit (en 1849) sur les fièvres éclatées à Mayotte, porte à la première ligne les pernicieuses comateuses; puis, par ordre de fréquence, les pernicieuses délirantes, et ensuite les pernicieuses algides. Jul. Borius (3) aussi en décrivant la géographie médicale du Gabon, en Afrique, reconnaît une plus grande fréquence aux fièvres comateuses. Jaccoud (4) et Dujardin-Beaumetz (5), admettent que les comateuses l'emportent sur les autres formes pernicieuses au point de vue du nombre. A. Borius (6) rapporte que parmi les fièvres pernicieuses du Sénégal, la forme qui se rencontre avec plus de fréquence est celle de la fièvre comateuse. Kelsch et Kiener (7), dans les pays où règne le paludisme, et A. Laveran (8) en Algérie et à Madagascar, portent aussi les fièvres comateuses comme les plus fréquentes parmi les pernicieuses. La même affirmation est aussi fournie par Annesley, James, Raynald, Martin, Morehead, Cartier, Segard, Sabatier, Daullé, Clavel, Burot et Legrand, Bérenger-Feraud, Fruch, Marchoux, etc.

Les pernicieuses comateuses dominent sur toutes les autres formes pernicieuses du paludisme, non seulement toutes les fois que les fièvres pernicieuses ont

(1) Pampoukis. — *Etude clinique et bactériologique sur les f. palustres de la Grèce.* 1888.
(2) J. Cardamatis. — *De la f. bil. hémoglob.* 1900, Athènes, pag. 224-227.
(3) Bergeaud. — *Mémoire sur la fièvre pernicieuse en Haïti*, 1880.
(4) L. Bard. — *Des accidents pernicieux d'origine palustre*, 1883, p. 79.

(1) Cet avis parait en partie absolu, parce que dans les différentes régions de la terre, suivant des conditions particulières, il existe une différence, quant à la prédominence de telle forme ou telle autre. A. Laveran aussi fait deux fois mention que la pernicieuse chol̄ériforme est plus fréquente en Cochinchine, tandis que dans la Guyane, d'après ce que rapporte Maurel (*Traité des maladies paludéennes à la Guyane*, 1883), la fréquence est pour la pernicieuse algide.
(2) *Revue coloniale*, novembre, 1855.
(3) *Thèse Montpellier*, 1887.
(4) Jaccoud. — *Traité de pathologie interne*, tom. III, p. 351.
(5) Dujardin-Beaumetz. — *Leçons de clinique thérap.*, tom III, 1884, pages 753 et 755.
(6) A. Borius. — *Les maladies au Sénégal*, 1882.
(7) Kelsch et Kiener. — *Maladies des pays chauds*, 1889.
(8) A. Laveran. — *Traité du paludisme*, 1898.

l'allure sporadique, mais aussi dans le cas où les accidents pernicieux apparaissent sous la forme d'une épidémie. C'est ainsi que pendant les grandes épidémies de fièvres pernicieuses à Rio-de-Janeiro, en les années 1556, 1784, 1808, 1829, 1832, 1837, les fièvres comateuses avaient la prédominance, d'après ce qu'assurent Sigand, Torrès, Homen et Meirelles, Pereira, etc. En Grèce aussi, lors des diverses épidémies de fièvres pernicieuses, les fièvres comateuses prédominèrent toujours, d'après nos propres observations et d'après ce que rapportent Antoniadis, Œconomopoulos, Théophanidis, Rizopoulos, Grigorakis, Valassopoulo, etc.

D'après Colin (1), la forme comateuse, parmi les fièvres pernicieuses, est si fréquente qu'on peut adopter comme des lois les deux propositions suivantes : 1° Si dans un pays palustre, on ne rencontre qu'une espèce de fièvre pernicieuse durant un état épidémique, c'est toujours la fièvre pernicieuse comateuse ; 2° dans les pays où les fièvres pernicieuses se manifestent sous toutes leurs formes, la forme comateuse l'emporte sur les autres quant à la fréquence.

Cette fréquence de la fièvre comateuse a été remarquée par Colin tant à Rome qu'en Algérie, et la fièvre comateuse fait son apparition particulièrement au début de la saison endémo-épidémique et durant l'époque des grandes chaleurs, lorsque les fièvres rémittentes simples sont assez fréquentes. De même en Grèce, les accidents comateux commencent à apparaître depuis juillet, augmentent de fréquence tout particulièrement au début de l'automne, et on ne les rencontre plus que rarement pendant l'hiver. Nous avons observé à plusieurs reprises de semblables cas exceptionnels, en hiver, chez des individus en puissance du paludisme chronique, qui se manifeste sous les types, tierce et quarte, lesquels prédisposent tout particulièrement à la fièvre comateuse. Vers le milieu du mois de janvier (a. é.) nous eûmes aussi l'occasion d'observer un cas semblable dans la clinique du Pr Karamitsa.

II.

Parmi les états pathologiques et débilitants, comme causes prédisposantes, en dehors des intermittences des fièvres rémittentes et de la cachexie palustre, la couche, dans toute sa période, semble exercer une influence favorable sur la transformation des accès fébriles simples en des accès pernicieux.

Après la couche, les surmenages, physique ou intellectuel, et les divers abus, l'alcoolisme et l'insolation, comme causes prédisposantes, paraissent aussi favoriser de beaucoup la transformation des fièvres intermittentes simples à la fièvre pernicieuse comateuse, et c'est ce que nous avons contrôlé surtout parmi des paysans et les moissonneurs de Jante qui, pendant la saison de la moisson en Acarnanie, se trouvent exposés toute la journée aux influences des rayons brûlants du soleil. Bérenger-Féraud (2), sans méconnaître aussi l'influence des rayons solaires pour l'apparition de la maladie, prétend avoir vu, chez certains individus et particulièrement chez des enfants âgés de 7 à 15 ans, la fièvre comateuse résulter d'une forte action d'insolation et dissimuler l'attaque d'une brusque congestion cérébrale. Cependant les rayons du soleil ne sont pas les seuls qui puissent, comme une cause unique, donner lieu à la pernicieuse comateuse, mais aussi la simple radiation du soleil par réflexion peut avoir le même effet. C'est ce que nous avons vu arriver en Grèce, dans la saison des grandes chaleurs, c'est-à-dire pendant les mois de juillet et d'août, lorsque la température de l'atmosphère atteint son maximum. Bien qu'on continuât régulièrement la médication quinique, chez certains individus incommodés d'accès intermittents palustres, nous n'en avons pas moins observé chez eux quelques cas de pernicieuse comateuse développés loin de l'influence immédiate des rayons solaires : les accidents pernicieux avaient eu lieu sous le toit et par la seule influence, à coup sûr, de la radiation reflexe.

(1) Colin. — *Traité des fièvres intermit.*, Paris 1870.

(2) Bérenger-Féraud. — *Traité clin. des malad. des Europ. aux Antilles*, 1881.

III

La fièvre pernicieuse comateuse, qui offre dans son évolution plusieurs différences quant à sa gravité, est subdivisée et distinguée par bon nombre d'auteurs à des formes particulières, telles que la forme somnolente, la forme carotique, la forme léthargique et la forme congestive. Colin divise tous les cas de la pernicieuse comateuse en deux catégories, la catégorie inflammatoire et la catégorie apoplectique. Kelsch et Kiener, n'ayant en vue, dans la plupart des cas de comitée cérébrale, que les symptômes prédominants (coma, délire, convulsions, paralysies), n'en font point une description distincte, mais ils embrassent dans un chapitre, sous le type de la forme cérébrale, toutes les fièvres qui déterminent des troubles cérébraux. Seulement ils détaillent chacun de ces symptômes prédominants. Quant à la pernicieuse comateuse, ils ne font aucune distinction de formes. Denis, suivant Dutroulau, distingue la fièvre comateuse, en pernicieuse soporeuse, en pernicieuse carotique, et en pernicieuse apoplectique. Jaccoud l'appelle *tertiana soporosa* ou apoplectique. A. Laveran n'admet que deux formes, la fièvre comateuse proprement dite, et de fièvre carotique, celle-ci comme une forme plus légère de la pernicieuse comateuse; il rejette le terme apoplectique, dans le sens pris par les autres auteurs. Les auteurs hellènes modernes, considérant la pernicieuse carotique et la pernicieuse léthargique (1) comme une forme identique, ne distinguent que deux formes principales de la pernicieuse comateuse, la forme comateuse proprement dite, et la forme apoplectique en congestive. Théophanidès, en rangeant les pernicieuses comateuses, phrénétique et apoplectique, parmi les fièvres pernicieuses du système cérébro-spinal, considère cette dernière, la fièvre apoplectique, comme une variété grave de la pernicieuse comateuse. De notre part, puisant aussi l'enseignement dans le lit même des malades, nous n'admettons que deux formes de la pernicieuse comateuse, la forme légère et la forme grave.

La première forme est représentée par la pernicieuse soporeuse, tandis que la seconde comprend la pernicieuse carotique, la pernicieuse léthargique et la pernicieuse apoplectique.

La forme légère de la fièvre comateuse n'est que l'exaltation de la symptomatologie clinique de la fièvre

(1) Suivant Hippocrate. « Κάρος ἡ παντελὴς τοῦ σώματος αἰφνιδίως ἀναισθησία καὶ ἀκινησία. » (L'état carotique consiste dans la perte subite de la sensibilité et de la motilité en entier). Λήθαργος δὲ ἡ καταφορὰ δυσδιέγερτος μετ' ἀχροίας καὶ οἰδήματος φυσώδους σὺν ἀτονίᾳ τῶν στερεῶν αὐτῶν καὶ τοῦ σφυγμικοῦ πνεύματος, γινομένη τοὐπίπαν ἐπὶ βληχροῦ καὶ κακοήθους πυρετοῦ.. (L'état léthargique ou la léthargie est un collapsus difficile à combattre avec décoloration et tuméfaction flatulente du corps et avec atonie des membres et pulsations radicales ; cet état se produit en général au cours d'une fièvre violente et pernicieuse).

intermittente simple, tandis que la forme grave représente un type clinique à part impliquant un grand danger pour la vie des patients. Le type fébrile, lequel peut être soit rémittent, soit intermittent ou irrégulier, du paludisme antérieur à l'accès pernicieux n'exerce aucune influence pour l'apparition de ce dernier, et ce n'est que tout indifféremment et indépendamment de la forme des accès palustres antérieurs que la pernicieuse comateuse apparait, soit dans le cours des fièvres intermittentes simples (légères ou graves) ou des fièvres rémittentes, soit encore dans le cours de la cachexie palustre. Colin, qui prétend que la forme inflammatoire est surtout fréquente durant l'évolution des fièvres rémittentes, parait donc avoir basé ses observations sur des coïncidences peut-être. Nous concluons donc, de nos propres observations, que parmi les fièvres intermittentes, ainsi que dans la cachexie palustre, c'est le type tierce et le type quarte plus rarement qui prédisposent tout particulièrement à la pernicieuse comateuse.

IV

On ne peut, malheureusement, formuler dans tous les cas en lignes spéciales les phénomènes prodromiques de la pernicieuse comateuse, lesquels surviennent tantôt brusquement et d'emblée, pour ainsi dire, et tantôt au milieu du sommeil naturel. Toutefois la céphalalgie violente et la somnolence qui apparaissent, au cours de l'intermittente simple et de la rémittente, sont des symptômes, lesquels peuvent, toutes les fois qu'ils se produisent, être considérés comme les prodromes de la pernicieuse comateuse. On doit distinguer ces derniers cas, parce qu'en vérité dans la plupart des cas on ne sait rien qui puisse prévenir positivement le médecin que la fièvre intermittente simple aboutirait à une fièvre comateuse.

De même, tout trouble du système nerveux, comme par exemple difficulté dans l'articulation des mots, incohérence dans les idées, verbiage, diversion du caractère, hypéresthésie de la peau, etc., si minime que soit ce trouble qui se ferait observer, dans les intervalles des accès de l'intermittente simple, il peut servir de symptôme prodromique important de la pernicieuse comateuse. Karamitsas (1) dit que la fièvre comateuse est souvent précédée par de légers accès caractérisés par une grande tendance au sommeil. Emile Denis considère aussi comme un symptôme prodromique le sommeil naturel entrecoupé par des soupirs. Tous ces phénomènes prodromiques sont quelquefois si insuffisamment marqués qu'ils passent sans être observés. Pourtant nous nous rappelons un malade très nerveux qui avait été atteint d'une pernicieuse comateuse et qui, quelques jours avant cette atteinte, souffrait de légers accès de fièvre intermittente. Ce malade avait passé pour un aliéné dans son entourage, parce que dans l'intervalle de deux accès de fièvre intermittente légère bien qu'il fut sans fièvre, il délirait légèrement en balbutiant des mots incompréhensibles, tandis que, d'autre part, il paraissait assez bien portant, la fièvre faisant complètement défaut.

V.

Le coma, en tant que symptôme principal distinguant la forme légère de la forme grave de la pernicieuse comateuse, peut être, d'après ce que disent Bard (1), Burot et Legrand (2), tantôt primitif, lorsqu'il apparaît en même temps que le frisson, ou bien au début du paroxysme comme un symptôme saillant ; il est secondaire lorsqu'il succède peu à peu, et graduellement, à la somnolence. Le premier cas représente la forme grave et le second la forme légère de la fièvre comateuse. Les personnes en puissance du paludisme depuis un temps court sont sujettes à la forme légère ; ceux qui souffrent de paludisme depuis longtemps sont sujets à la forme grave. C'est là la raison pour laquelle nous voyons que la plupart des cas de la forme grave intéressent des individus profondément anémiés, qui sont tombés à ce degré de cachexie (soit légère ou grave) à la suite de l'action chronique du paludisme. C'est ainsi que les choses arrivent ordinairement, mais il est des fois où, par suite d'une altération du terrain, d'un mauvais échange, d'une modification des éléments physiques et dynamiques, d'une altération de la vitalité des différents systèmes, l'on peut prendre la fièvre intermittente simple comme une fièvre comateuse grave, à cause d'une hépatoxémie, d'une insuffisance rénale et de toute autre cause intérieure. L'expression d'une intermittente simple sous le type d'une pernicieuse comateuse grave, laquelle peut quelquefois avoir une terminaison fatale, fut démontré expérimentalement par Roque et Lemoine. Il en résulte donc que, non seulement les individus qui ont subi longtemps l'influence du paludisme sont sujets à la forme grave de la pernicieuse comateuse, mais ceux aussi qui, bien qu'ils n'aient subi l'action du paludisme que depuis peu, ont pourtant un organisme avec des fonctions défectueuses dans le passé, soit à la suite d'abus, soit à la suite d'états pathologiques, soit enfin à la suite de causes diathésiques acquises ou par hérédité.

Attribuer une grande importance à la fonction défectueuse de l'organisme, laquelle existait antérieurement à l'accès pernicieux comateux, et à l'état du terrain, c'est la seule façon par laquelle on puisse expliquer ces cas de fièvre comateuse revêtant la forme grave, et qui ont lieu alors même que les malades, dans la convalescence ou au cours d'une simple fièvre intermittente ou d'une fièvre rémittente, se trouvent sous l'action préventive et thérapeutique de la quinine.

Combien de nos confrères en Hippocrate n'ont-ils vu les accidents comateux se produire chez leurs malades qui prenaient la quinine régulièrement et en quantité suffisante ?

VI.

Bon nombre d'auteurs rapportent que la forme grave, dite apoplectique, de la pernicieuse comateuse, survient soudainement au milieu de la santé et atteint les individus d'une façon quelconque soit dans le cours d'un travail, soit en marche, soit enfin durant le sommeil. Je ne suis pas, malheureusement, de l'avis de ces auteurs et je me contenterai de répéter les paroles de Laveran (3) qui, avec beaucoup de raison, prétend « qu'il est sans exemple qu'un individu parfaitement sain tombe brusquement dans le coma à cause du paludisme, comme on est attaqué par l'hémorragie cérébrale. » Il est vrai que plusieurs fois j'eus l'occasion de voir de pareilles atteintes brusques, qui revêtaient la forme de la fièvre pernicieuse, dite apoplectique, chez les campagnards et

(1) Traduction du *Traité de nosologique spéciale et de thérapeutique* de F. Nimeyer, par G. Karamitsas, vol. II p. 758

(1) L. Bard. — *Op. cit.*, p. 81.

(2) Burot et Legrand. — *Thérapeutique du paludisme.* Paris, 1897.

(3) *Oper. cit.* page. 188.

les moissonneurs d'Acarnanie, venus de Jante, mais dans ces cas il s'agissait d'insolation et d'alcoolisme plutôt que de paludisme.

VII.

Forme légère. Le plus saillant des symptômes de cette forme est la céphalalgie intense, suivie chez le malade d'une tendance insurmontable au profond sommeil. Le malade, respirant tranquillement, dort profondément avec une légère expression de stupidité répandue sur son visage, et ce n'est que par une appellation tonnante, ou au moyen des épispastiques, qu'on peut l'éveiller de son profond sommeil pour le voir de nouveau, abandonné à lui-même, retomber dans l'anesthésie. Le pouls est plein, fort, le nombre des pulsations variant de 70 à 110; la température du corps de 39°,5 à 41°. Le facies rouge, les yeux injectés de sang, la peau chaude, cuisante, parfois même légèrement moitée. Le malade, étendu sur son lit, remue ses membres comme un homme qui dort. Si l'on pique un de ses membres avec une aiguille, il les attire à lui. L'œil réagit légèrement à la lumière, et tous les autres sens, bien qu'ils semblent complètement abolis, peuvent pourtant être pour un instant excités par les moyens irritatifs. L'accès dure de huit jusqu'à douze et même vingt-quatre heures; puis vient le stade des sueurs, pendant que, le léger coma faisant place et le malade éveillé comme d'un profond sommeil, tous les troubles dépendant de l'hyperémie cérébrale disparaissent ordinairement d'une façon brusque.

Forme grave. Le coma de cette forme est profond dès le début de l'accès, ou s'établit comme un état carotique complet dans l'espace de quelques heures. Le facies pâle, chez les individus souffrant de paludisme depuis longtemps, et rouge chez ceux qui subissent l'action du paludisme depuis peu, est empreint d'une expression d'impossibilité. La respiration est soufflante, parfois celle de Cheyne-Stoke, ou même sifflante chez des malades nerveux. Le pouls est plutôt dur et lent, le nombre des pulsations jusqu'à 90 ordinairement. Mais lorsque la paralysie de la motilité et de la sensibilité s'établit complètement, ce qui constitue un signe fournissant l'appréciation de la gravité de l'accès, le pouls devient très faible et rapide. La température du corps n'est pas ordinairement très élevée, variant entre 38°,5 et 39°,5. Cependant, certains auteurs rapportent que la fièvre peut surpasser même 40°. Ainsi Cartier (1) par exemple cite des cas où le thermomètre s'élève jusqu'à 42°, et Guéguen (2), jusqu'à 42°,2. Dans la forme grave, le malade ne peut pas être éveillé de son sommeil, parce que tous ses sens sont complètement anéantis. La peau reste insensible même aux plus actifs moyens irritatifs, comme par exemple les piqûres à l'aiguille, les injections et les cautérisations. Les yeux tantôt fermés, tantôt ouverts et attachés sur un objet, ne voient point et sont insensibles à la lumière, la pupille dilatée n'y réagissant point. Les autres sens également, ainsi que les fonctions cérébrales, sont complètement abolis. Le coma profond est suivi quelquefois par des convulsions partielles ou cloniques; les masséters et l'œsophage se contractent souvent, les globes oculaires se renversent, les membres restent étendus comme paralysés; la paralysie se généralise et il y a des évacuations involontaires de la vessie et du rectum.

La durée de l'accès varie depuis quelques heures jusqu'à 30 ou 48 heures et plus. Le coma se prolonge et la fin fatale en est la conséquence par suite d'inflammation des méninges ou de l'encéphale. La mort survient au milieu des convulsions ou d'un profond assoupissement, avec une respiration superficielle et un pouls rapide et faible. Cependant Segard (1) a vu, chez un malade atteint de pernicieuse comateuse et qui guérit, le coma se prolonger pendant 52 heures, et être suivi d'un accès de folie aiguë avec des tendances érotiques. Cet accès de folie dura encore trois jours.

Il est des fois où, tandis que l'expression de la physionomie dénote la diminution de l'état carotique, et qu'en général l'accès paraît céder par la production de la réaction de l'organisme, soudain l'accès, qui semblait s'adoucir insidieusement, le coma commence par devenir plus léger, à l'anesthésie complète succède une hémi-anesthésie, et la paralysie fait place à une motilité inconstante. L'état général du malade offre, il est vrai, des signes d'amélioration, mais le malade lui-même se trouve dans ce moment-là privé de l'instinct aveugle même de sa subsistance; sa force intellectuelle contre-balance presque celle des imbéciles. Il parle obscurément, il articule lentement des mots inintelligibles. Ebahi, il tourne çà et là ses yeux fixes; il est privé de la mémoire de tout ce qui est passé avant l'accès. Après un sommeil réparateur, tantôt il recouvre ses forces et la motilité; tantôt, dans d'autres cas, il subsiste pendant quelques jours de l'obtusité de pensée et de la parésie partielle de la motilité.

Catrin (2) cite, comme une complication dans la forme grave, une névrite circonférencielle, et d'autres auteurs font mention d'une neurite optique comme pouvant compliquer la forme en question. Clavel (3) a vu, chez un artilleur atteint de pernicieuse comateuse, se produire de l'aphonie qui dura un mois entier et qui ne disparut que graduellement et peu à peu.

Chez un de mes malades atteint de pernicieuse comateuse, je vis, dès le second jour de l'accès, la motilité se rétablir complètement au membre droit qui était entièrement paralysé durant l'accès. Cependant le quatrième jour après l'accès, à la paralysie du bras droit et de la langue, succéda la parésie et la motilité s'établissait de jour en jour jusqu'au septième jour après l'accès où le malade pouvait remuer tous ses membres.

Chez un autre malade atteint aussi de pernicieuse comateuse, je constatai de la confusion dans les idées, de l'incohérence dans les paroles et, en général, l'obscurcissement de l'intelligence continuait à subsister pendant plusieurs jours. En somme, tous ceux qui avaient eu une congestion interne des méninges et qui parvenaient à échapper à la mort avaient la pensée lourde et un état d'abstraction ou, mieux, un état d'imbécillité succédait au coma.

VIII.

Le pronostic de la pernicieuse comateuse, tout en étant grave dans la règle, est pourtant sous la dépendance de certaines conditions, comme par exemple le temps du début du traitement. Parmi les observations

(1) Cartier. — *Contribution à la géographie médicale de Diego-Suarez. Archives de méd. navale*, 1888, tom. XIII, page 166.

(2) Guégen. — *Etude sur la marche de la température dans les fièvres interm.*, 1878.

(1) *Archives de Méd, navale*, tome XIII, 1886.

(2) Catrin. — *Bull. et mém. de la Société Médicale des Hôpitaux*, janvier, 1895.

(3) Communication médicale d'infirmerie. Ambulance de Chiem-hoa (Haut-Tonkin). *Archives de méd. nav.*, 1870.

hellènes, Jean Théophanidis, abstraction faite de la pernicieuse maniaque ou phrénétique, considère la pernicieuse comateuse comme la plus mortelle de formes; en effet, il a eu une mortalité égale au tiers du nombre de ses cas. Pampoukis, sur 52 cas de pernicieuse comateuse, cite 20 morts, savoir une mortalité de 38,4 0/0. Parmi mes cas de pernicieuse comateuse, j'ai eu une mortalité égale au cinquième du total, et cet heureux résultat n'est dû qu'aux secours prompts dont les individus atteints furent l'objet. Il en résulte que le pronostic, dans le cas de pernicieuse comateuse, est d'autant plus favorable que la promptitude avec laquelle on soumet les malades au traitement approprié est plus grande. D'après une règle générale que Laveran (1) lui-même admet dans le traitement des fièvres pernicieuses, je pense fermement que, dans la plupart des cas, les fièvres pernicieuses guérissent pourvu que le traitement spécial soit appliqué à temps.

Le mauvais pronostic de la pernicieuse comateuse tient de beaucoup à l'état antérieur de l'individu, l'état intérieur de divers organes et systèmes et à son âge. Etant donné que les éléments anatomiques sont influencés par les troubles nutritifs, par l'assimilation ou la désassimilation, et d'autre part, d'après les expériences de Hochinger, que l'âge exerce une influence importante sur le développement des différentes maladies, lesquelles tantôt se localisent et ne déterminent que des altérations locales dues aux virus inoculés, et tantôt se généralisent; puisque les deux âges extrêmes, la vieillesse et tout particulièrement la première enfance, sont le plus exposés aux affaiblissements organiques sous l'action de diverses causes et offrent une résistance organique moindre, c'est pour cette raison qu'ils sont le plus exposés, la première enfance tout particulièrement, en mauvais pronostic de la pernicieuse comateuse De même, le pronostic n'est point favorable lorsqu'un des symptômes de la maladie a trop d'intensité, ainsi que lorsque tous ses symptômes offrent des variations. On doit donc aussi considérer comme un symptôme funeste la paralysie complète de la sensibilité et de la motilité. Un pouls et une température qui ne vont pas de parallèle, température élevée avec pouls petit et rare, ou le contraire, température basse avec pouls fréquent et faible, dénotent également un mauvais pronostic. Par contre, si ces états sont suivis par un pouls plein et lent, le pronostic est bon, parce que ce dernier changement montre la fin proche de l'accès. Danter prend le phénomène reflexe du genou comme un signe qui puisse offrir de précieuses indications sur la gravité et le pronostic d'un cas quelconque de pernicieuse comateuse. Ce dernier phénomène cesse de se produire durant le coma, mais s'il apparaît au cours de l'accès, il dénote une terminaison favorable.

IX.

Un signe auquel on a donné avec raison une grande importance, comme je l'ai dit dans le chapitre de l'étiologie, est l'influence des rayons solaires. Que la radiation du soleil exerce véritablement une influence, cela est hors de toute discussion, parce que la radiation ainsi que l'émission calorique du solaire déterminent une grave perturbation sur les échanges organiques surtout, sur les produits de la décomposition des albuminoïdes, produits qui modifient le sang, empoisonnent le système nerveux central et créent une série de symptômes, semblables à ceux de la pernicieuse comateuse. Ce qu'on doit donc mettre à l'épreuve de l'étude, c'est la question de la facilité avec laquelle, sans beaucoup de contrôle, on admet la plupart des cas d'insolation comme des cas de pernicieuse comateuse. A ce diagnostic arbitraire contribue de beaucoup, je crois, l'identité du traitement de toutes les deux maladies, savoir l'emploi de la quinine. La quinine, à cause de son action rétractive sur les vaisseaux sanguins de l'encéphale, est recommandée par plusieurs contre l'insolation elle-même

Le Pr Binz (1), entre autres, se fondant sur la théorie que l'activité cellulaire diminue par la quinine et que les combustions intra-organiques en perdent, en conséquence, de leur intensité, prône les injections sous-cutanées de la quinine contre l'insolation même.

Le diagnostic de la pernicieuse comateuse, en dehors de l'insolation, peut aussi être quelquefois confondu avec l'hémorragie cérébrale, l'alcoolisme, l'épilepsie, l'urémie, la méningite, la fièvre puerpérale et le coma diabétique. La distinction entre le coma de l'insolation et le coma de la pernicieuse comateuse est parfois très difficile. Quoique ces deux états pathologiques soient déterminés par quelques types cliniques particuliers, cependant il y a des degrés intermédiaires qui peuvent obscurcir le diagnostic et le rendre indécis. Dans l'insolation, comme on sait, il y a quatre principaux symptômes importants, le coma, les convulsions, le délire et l'hyperthermie; dans la pernicieuse comateuse, il n'y a qu'un symptôme prédominant, le coma. Mais on peut établir le diagnostic différentiel de ces deux états pathologiques en se fondant sur l'excitation générale de la circulation et sur l'hyperthermie, deux signes qui sont particuliers à l'insolation. C'est ainsi que dans la forme congestive de l'insolation on a l'activité cardiaque plus vive, le pouls dans la plupart des cas violents, les carotides palpitantes, la fièvre surpassant dans la règle les 40°; la température du corps peut souvent atteindre 42° jusqu'à 43°, et encore plus dans des cas plus rare; elle augmente parfois même après la mort, grâce à certaines fermentations et putréfactions dues à l'action des micro-organismes. Dans la forme anémique de l'insolation on a de l'hypothermie. Dans la pernicieuse comateuse, la température du corps varie entre 38°,5 et 39°,5 ou 40°. Toute température surpassant les 41° et existant avec l'ensemble des symptômes communs de l'insolation et de la fièvre comateuse, je pense qu'on doit la rapporter plutôt à la première qu'à la seconde de ces deux maladies. La forme apoplectique de l'insolation, qu'on rencontre surtout chez des individus obligés de s'exposer aux grandes chaleurs de l'été, est celle qui peut le plus se confondre avec la forme dite apoplectique de la pernicieuse comateuse. Dans ce dernier cas aussi, l'hyperthermie constitue une indication diagnostique très importante, parce que, en cas d'insolation la température du corps est élevée et surpasse souvent les 41°, tandis que dans la forme apoplectique de l'accès comateux la température est moins élevée. Colin (2) avoue même qu'il n'y eut point de fièvre quelquefois, et Schuttelaere (3) en décrivant l'état sanitaire du Siam, cite des cas d'hypothermie. Dans le diagnostic différentiel de l'insolation et de l'accès comateux, la connaissance de l'état antérieur du malade est aussi pour beaucoup, parce que la première de

(1) *Oper. cit.*, page 337.

(1) *Deutschen Militärarztliche. Zeitschrift*, 1895.
(2) Colin. — *Traité des fièvres intermittentes*, Paris, 1870, pag. 238.
(3) *Archives de Médec. milit.*, 1895., pag. 192.

ces deux maladies, peut éclater au milieu de la plus parfaite santé, tandis que l'accès comateux, dans la règle, ne peut jamais survenir chez des individus intacts de paludisme : il se développe toujours chez des individus infectés antérieurement par le paludisme.

Quant à l'hémorragie cérébrale, elle éclate brusquement au milieu d'une santé absolue : très souvent la symétrie de la face fait défaut, la température s'abaisse au commencement pour s'élever, après quelques jours, jusqu'au degré normal ; ce n'est qu'à propos d'une mauvaise issue qu'elle monte jusqu'à 41°5, ou qu'elle descend au dessous de 37°. Le coma de l'épilepsie ne dure que de quelques minutes jusqu'à quelques heures ; la température est normale. Il est donc facile d'en faire le diagnostic différentiel avec le coma de l'accès comateux. Il en est de même du coma de l'alcoolisme.

Le coma anémique de la forme aiguë, lorsqu'il vient à se produire dès le début comme un état comateux, sans qu'il soit précédé de la période convulsive avec l'augmentation de la température centrale, peut fournir pour un instant quelques difficultés au diagnostic différentiel. Mais l'étude minutieuse des manifestations cliniques, tant du coma urémique que de la méningite aiguë et de la fièvre puerpérale, par l'exclusion de chacune de ces maladies, peut avoir raison de ces difficultés diagnostiques.

X.

Conclusions. — 1° En Grèce aussi, l'accès comateux est le plus fréquent des formes des fièvres pernicieuses.

2° La pernicieuse comateuse apparaît d'ordinaire au mois de juillet, parfois même depuis le mois de juin, elle augmente de fréquence pendant l'automne et devient de plus en plus rare en hiver.

3° Les causes prédisposantes de l'accès comateux sont le paludisme et l'état défectueux antérieurs de l'organisme, comme p. e. l'anémie, les cachexies, les différents états pathologiques et débilitants, les divers abus, les fatigues physiques et intellectuelles, les couches, l'alcoolisme, l insolation, etc.

4° Nous distinguons deux formes principales de la pernicieuse comateuse, la forme légère et la forme grave. La forme légère consiste dans l'exaltation de la symptomatologie clinique entière, de la fièvre intermittente palustre ; la forme grave est caractérisée par l'abolition complète de la sensibilité, de la pensée et de la motilité, et elle menace d'un danger imminent la vie des malades.

5° Comme phénomènes prodromiques de l'accès comateux, on doit considérer tout trouble du système nerveux qu'on aurait remarqué dans les intervalles des derniers accès d'une intermittente simple, ainsi que la tendance au sommeil qui se serait fait voir durant les derniers accès d'une intermittente légère,

6° *Des états défectueux intérieurs de l'organisme, concernant un organe ou un système quelconque, peuvent donner à l'évolution d'une intermittente simple l'expression ou la physionomie d'un accès comateux avec les formes et les issues de ce dernier.*

7° Dans la pernicieuse comateuse la température du corps varie d'ordinaire de 38°,5 à 40° ; rarement elle atteint 41°, et plus rarement il y a de l'hypothermie. Dans l'insolation la température surpasse 41° et elle continue à augmenter même après la mort. *Toute température supérieure à 41° en cas de diagnostic différentiel, indécis entre l'accès comateux et l'insolation, lorsque l'examen microscopique n'est pas à la portée du médecin, on doit la rapporter plutôt à l'insolation qu'à la pernicieuse comateuse.*

8° Pour établir d'une façon sûre le diagnostic différentiel de l'accès comateux et de l'insolation, en dehors de l'indication de la température, on doit connaître aussi l'état antérieur du malade, parce que l'insolation survient, d'habitude, d'une façon brusque, au milieu d'une santé absolue, tandis que l'accès comateux ne se produit jamais chez des individus exempts de la tache du paludisme, mais bien c'est le lot des individus impaludés antérieurement.

9° Le pronostic de la pernicieuse comateuse est sous la dépendence des diverses conditions. Dans des conditions favorables, comme p. e. une prompte conduite thérapeutique, etc., la mortalité descend jusqu'à 20 0/0. Dans des conditions défavorables, la mortalité s'élève jusqu'à 50 0/0.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Action de l'alcoolisme sur la production de l'idiotie et de l'épilepsie.

L'enfant subit les conséquences de l'*alcoolisme* sous une série de formes : 1° L'alcoolisme chronique du père ou de la mère, ou des deux ; — 2° L'alcoolisme à l'état d'ivresse au moment de la conception ; — 3° Durant la vie fœtale, par suite des coups reçus par la mère ou des émotions éprouvées par elle durant la grossesse ; — 4° Les mêmes émotions au cours de l'allaitement et ultérieurement.

2.072 garçons et 482 filles, *idiots, épileptiques, imbéciles* ou *hystériques* sont entrés, les premiers, à Bicêtre, depuis octobre 1879 ; les secondes, à la Fondation Vallée, depuis mars 1890, jusqu'au 31 décembre 1900, soit un total de 2.554 entrées.

Tableau statistique sur l'alcoolisme.

	Garçons.	Filles.	Totaux.	
Les pères de.	785	148	933	faisaient des excès de boissons.
Les mères de.	67	13	80	faisaient des excès de boissons.
Les pères et mères de...	30	10	40	faisaient des excès de boissons.
Pour.........	340	110	450	nous n'avons pas de renseignements.
Les pères et mères de...	850	201	1.051	étaient sobres.
Totaux....	2.072	482	2.554	

En outre la *conception durant l'ivresse* du père a été relevée chez 235 malades et la conception probable chez 86 malades. Soit, si nous comptons ces derniers 12,5 °/₀ d'enfants conçus dans l'ivresse, non compris les 450 sur lesquels nous n'avons aucun renseignement et 732 sur lesquels nous n'avons pas de renseignements

précis sur la conception. Si, poursuivant notre statistique, nous cherchons le pourcentage dans ces diverses catégories nous trouvons que :

	36,5 °/o des pères font des excès de boisson.	
	3,1 °/o des mères	—
	1,5 °/o des pères et mères	—
Soit....	41,1 °/o des parents faisant des excès de boisson.	
et......	41,1 °/o sont sobres.	

Cette statistique, mise à jour à la date du 31 décembre 1900, complète et résume nos statistiques antérieures. Elle met nettement en évidence l'action néfaste de l'*alcoolisme*. Ceux qui s'intéressent à cette question pourront lire un grand nombre d'observations détaillées, au point de vue clinique et anatomique, dans les *Comptes rendus* de Bicêtre (1880-1900).

BOURNEVILLE.

SOCIÉTES SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 *avril* 1901.

Les moustiques.

M. FARABEUF signale l'abondance des moustiques aux environs de Paris, en particulier dans la vallée de la Bièvre, absolument infectée.

Lessivage aseptique du linge.

M. DELORME signale les lessiveuses-désinfecteuses mécaniques comme donnant un linge plus propre, plus aseptique, moins abîmé et comme étant moins coûteuses que les procedés de blanchissage à la main. Il demande l'adoption de ces appareils dans les hôpitaux, les collèges, etc. Sur sa demande, une commission est nommée par l'Académie pour étudier cette importante question d'hygiène.

Les sels de cuivre dans la chlorose.

M. LIÉGEOIS signale l'utilité des sels de cuivre dans la chlorose et surtout dans la chlorose scrofulotuberculeuse.

Névrites et thromboses rétiniennes palustres.

M. GALEZOWSKI communique quatre observations fort intéressantes de névrite optique, d'iritis, de glaucome, démontrant : 1° Qu'un certain nombre de nevrites optiques et de péri-artérites sont dues à des fièvres paludéennes et qu'elles peuvent guérir par la quinine; 2° Que le traitement par la quinine doit être prolongé pendant dix ou quinze jours pendant les trois mois du printemps et pendant deux ou trois mois de l'automne; 3° Qu'il faut rechercher chez ces malades toutes les causes constitutionnelles, telles que la syphilis ou la goutte. et les combattre en même temps par des traitements appropriés.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 *avril* 1901. — PRÉSIDENCE DE M. DELENS.

De la suture nerveuse.

M. SIEUR, médecin militaire, présente une observation de suture nerveuse immédiate; six mois après, les mouvements étaient encore très faibles; mais peu à peu la force revint et au bout de dix-huit mois tous les mouvements étaient à peu près normaux.

Résection pour fracture comminutive.

M. NÉLATON fait un rapport sur une observation de M. Savariaud; il s'agit d'une fracture comminutive ouverte de l'extrémité inférieure de la jambe; malgré la désinfection immédiate, il y eut de l'infection locale, avec fistules et éléphantiasis de la jambe; M. Savariaud, avec la curette, réséqua dix centi. du tibia et extirpa l'astragale; malgré cela le résultat fut excellent et actuellement le malade marche fort bien; c'est donc là un exemple très probant de ce que peut donner la conservation. Cependant, M. Nélaton fait observer que le malade est resté treize mois à l'hôpital et qu'il doit porter actuellement un appareil avec tuteurs latéraux; or, une amputation aurait fait mieux et plus vite.

Résection du ganglion de Gasser.

M. GÉRARD-MARCHANT fait un rapport sur une observation de M. Bouglé, concernant une névralgie faciale traitée et guérie par la résection du ganglion de Gasser. M. Bouglé s'est adressé au ganglion de Gasser, parce que le mal était ancien et qu'il y avait des irradiations douloureuses étendues; cependant M. Marchant est d'avis qu'il faut toujours essayer les opérations extra-craniennes. M. Bouglé a eu une ulcération de la cornée; M. Marchant se demande donc si M. Bouglé a fait le traitement préopératoire de l'œil correspondant, traitement nécessaire, et quelques chirurgiens vont même jusqu'à suturer les paupières.

Quelques signes concernant la pathologie urinaire.

M. BAZY fait une communication sur deux signes permettant le diagnostic de cystite isolée ou combinée à la pyélo-néphrite. Un premier signe, indice d'une lésion rénale, est l'irradiation de la douleur du côté de la vessie, si on palpe le rein à travers la paroi abdominale antérieure et s'il y a besoin d'uriner, il s'appelle réflexe pyélo-vésical; d'autre part, si on fait le toucher vaginal chez la femme, ou le toucher rectal chez l'homme, on peut déterminer une douleur au niveau de l'abouchement de l'uretère, douleur qui dénote l'existence de l'urétéropyélite; le deuxième signe, plus facile à constater chez la femme, est presque constant, le premier est plus rare.

Analgésie lombaire.

M. TUFFIER fait une communication sur l'anesthésie lombaire; il a fait actuellement 400 opérations; il faut, autant que possible, ne pas faire l'analgésie dans la salle d'opérations; il faut se servir d'une aiguille, afin de faire une ponction capillaire, et non, comme Biet, d'un trocart qui fait un gros trou aux méninges et oblige de laisser pendant quelque temps l'aiguille, afin d'empêcher l'écoulement, au dehors, du liquide céphalo-rachidien et de la cocaïne; la solution à préférer est la solution à 2 0/0. M. Tuffier a observé que, lorsque l'écoulement du liquide céphalo-rachidien se fait par jet, l'analgésie est meilleure et monte plus haut. M. Tuffier ne connaît pas d'exemple de lésions du système nerveux, ayant été durable.

Quant à la mortalité opératoire, M. Tuffier pense que si on veut la comparer à celle du chloroforme et de l'éther, il faut compter aussi les accidents postopératoires, imputables à l'éther surtout. Enfin sur les décès signalés par M. Reclus, on peut en retrancher trois au moins où la mort est due à la maladie (granulie, etc.); pour deux autres il n'y a aucun renseignement.

M. DELBET pense que M. Cornil a fait des injections dans le canal rachidien, mais sans avoir l'idée de mettre la cocaïne dans le liquide céphalo-rachidien, ce que fait Bier.

Plaie du cœur.

M. MIGNON fait une communication sur une plaie du ventricule droit, faite avec un canif. L'intervention fut faite immédiatement; la plaie fut saisie avec deux pinces, puis suturée, avec difficulté. Le malade succomba 1 h. 1/2 après l'opération. A l'autopsie, on constata que les sutures avaient tenu et le malade a vraisemblablement succombé à la pneumonie dont il était atteint.

SCHWARTZ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 avril 1901. — PRÉSIDENCE DE M. BENI-BARDE.

La séance est ouverte à 4 h. 30. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Coudray a bien voulu accepter d'être délégué de la Société pour concourir à la rédaction du rapport sur la question qui sera discutée à la réunion plénière du 20 mai. Il ajoute, à propos du procès-verbal, qu'il a reçu, à son domicile particulier, une lettre du Comité directeur de l'*Œuvre de la Tuberculose humaine,* protestant avec véhémence contre le rapport de M. Grasset et affirmant son but philanthropique. M. le Président donne acte de cette déclaration à M. Bernheim et à la Société qu'il préside, et est heureux d'apprendre, de par cette Société elle-même, que son but est purement humanitaire. Il fait observer à cette occasion que, si les lettres étaient adressées au Secrétaire général, notre administrateur en quelque sorte, elles pourraient avoir, dans beaucoup de cas, leur effet utile avant la séance qui suit leur réception.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Je dois vous dire que la lettre dont parle M. le Président a été tirée à plusieurs exemplaires : un de nos collègues en a reçu un; j'ai lu le troisième hier, à la Rédaction du *Progrès médical*, où l'on se propose, avec mon assentiment, de la publier (voir plus loin, page 267). N'ayant, comme l'a dit M. le Président, à m'occuper que des affaires administratives de la Société, je ne puis ni ne veux intervenir personnellement dans les débats ultérieurs que pourrait soulever ce petit incident. Je parle uniquement comme Secrétaire général officiellement chargé du procès-verbal et seul responsable, quel qu'en soit le rédacteur. Je tiens donc à déclarer que M. Grasset ne pourrait être interpellé à juste titre que relativement à son rapport, mis tout entier entre guillemets. Les cinq lignes qui le précèdent, émanent du secrétariat et sont le résumé, tant de l'opinion de M Grasset lui-même, que de la majorité des membres présents. Dans la lettre-circulaire écrite à la machine, vraisemblablement dictée ou inspirée *ab irato* par M. Samuel Bernheim, je me vois forcé de relever quelques inexactitudes. Il nous fait notifier qu'il ne nous a rien demandé personnellement : soit, mais il a *fait* demander. Ne jouons pas sur les mots. Quand un groupe présidé sollicite une audition pour son président, il y a tout lieu de croire que, si ce dernier n'a rien *demandé,* au sens strict du vocable, il attend plus ou moins patiemment qu'on lui accorde ce qui est spécifié dans la lettre. Or, on a refusé : *inde iræ !*

M. Grasset, je vous prie de le remarquer, n'a prononcé aucun nom dans son rapport et n'a attaqué que *le principe* du projet d'établissement des dispensaires en général, aussi bien à Paris que dans toute autre ville. La meilleure preuve, c'est que les signataires de la lettre l'avouent eux-mêmes, sans remarquer qu'ils se contredisent : « Dans cette diatribe si violente, disent-ils, il y en a pour tout le monde...; l'Œuvre des *Enfants tuberculeux* n'est pas ménagée non plus ». On ne peut pas mieux reconnaître que M. Grasset n'a pas fait de personnalité : car il n'a pas plus parlé de l'Œuvre des *Enfants tuberculeux* que de M. Samuel Bernheim. L'expression « basse jalousie » me fait sourire. Si c'est au point de vue de la clientèle, elle tombe à faux, M. Grasset n'exerçant plus à Paris. Au point de vue scientifique, je crois pouvoir dire, sans blesser sa modestie, qu'il n'a rien à envier aux praticiens de l'Œuvre de la Tuberculose, quelle que puisse être leur compétence.

L'accusation insinuée par les signataires de la lettre est plus grave : ils se demandent si M. Grasset ne s'est pas servi de notre tribune « pour se tailler une belle réclame ». A cela, il n'y a qu'une chose à répondre : la Société de Médecine de Paris, société indépendante, ne saurait souffrir de pareilles tendances; et la preuve, c'est qu'elle n'a pas accueilli la sollicitation (ce n'est pas une demande, paraît-il) de l'*Œuvre de la Tuberculose,* considérant à tort ou à raison — je n'ai pas à apprécier — le but de cette dernière comme plus commercial qu'humanitaire.

Et, pour terminer, il doit être dit et répété que la Société de Médecine de Paris est seul juge de ses déterminations. Elle décide elle-même, sans qu'il soit besoin qu'on le lui enseigne, quand elle doit ou non inscrire au procès-verbal une proposition accueillie ou repoussée. Puisse la publicité de ces faits, reproduits, à ce qu'il paraît, par la presse politique, en décourageant les tentatives analogues qui pourraient encore se tromper de porte, nous épargner à l'avenir la perte de temps occasionnée par ces questions de petites chapelles !

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Revues et journaux habituels. — *Affections des veines*, par le D[r] Censier (de Bagnoles-de-l'Orne). Compte rendu annuel et procès-verbaux de la Société de Médecine de Nancy. Bulletin de la Société Française de tempérance. Archives de thérapeutique.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — 1° Lettre de M. le D[r] Richelot, demandant à être nommé membre honoraire. Cette candidature est renvoyée à une commission composée de MM. Leudet, Polaillon et Tissier, rapporteur. 2° Lettre de M. Filaretopoulo (d'Athènes), remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant étranger et envoyant 20 francs pour les droits de diplôme; cette somme a été versée au trésorier.

M. LE D[r] LAQUERRIÈRE, candidat au titulariat, lit un travail **sur les traitements conservateurs et en particulier l'électrothérapie dans les affections péri-utérines.**

Cette candidature est renvoyée à une commission composée de MM. Mouzon, Monel et Albert-Weil, rapporteur. Le rapport sera lu dans la prochaine séance.

M. LOUP fait une communication sur les fumigations de calomel dans le traitement des angines, et présente un appareil simple et fort ingénieux qui met cette méthode à la portée de tous.

Des fumigations de calomel dans le traitement des angines, et notamment de l'angine diphtéritique. — Présentation d'un appareil.

Le calomel soumis à une température élevée émet des vapeurs épaisses d'un blanc laiteux qu'on observe très facilement si le protochlorure de mercure est enfermé dans un récipient à cheminée étroite. Il nous a semblé que nous pouvions tirer une action thérapeutique de cette propriété dans certaines affections, et nous avons cherché un appareil qui fût assez simple pour être peu coûteux et pas encombrant, assez pratique pour être employé dans n'importe quel cas.

L'appareil que nous avons l'honneur de soumettre à nos collègues de la Société de Médecine de Paris réalise l'idéal de la simplicité, dans sa construction comme dans son fonctionnement.

Il se compose d'une éprouvette de verre, longue de dix centimètres sur deux de diamètre. A sa partie supérieure, un bouchon percé de deux trous destinés à laisser passer deux tubes de verre courbés à angles droits. Les deux tubes plongeant dans l'éprouvette ne dépassent pas le bouchon, dans sa partie intérieure, de plus d'un demi-centimètre.

L'une des branches horizontales donne prise à un tube de caoutchouc de 25 centimètres relié à une soufflerie. L'autre est fixée à un tube de caoutchouc d'un demi-mètre de long. terminé par une canule en caoutchouc durci. Une lampe à alcool supporte l'éprouvette, par l'intermédiaire d'une petite armature de fer, au-dessus de la flamme qui pourra être entourée, pour plus de sécurité, auprès du lit des malades, d'une faible grille métallique.

Pour faire fonctionner l'appareil, il faut mettre une petite quantité de calomel dans l'éprouvette, allumer la lampe et, au bout de quelques secondes, faire marcher la soufflerie qui chasse par la canule les vapeurs du médicament.

Ce procédé est applicable à toutes les substances thérapeutiques analogues, susceptibles de se volatiliser par la chaleur et de se déposer par simple condensation

sur le point malade : son utilité est surtout appréciable lorsque l'organe malade siège dans des régions difficilement accessibles, telles que l'arrière-gorge, le larynx, le col utérin, les sinus, etc. La question du dosage, pour un médicament aussi dangereux, est un facteur trop important pour que nous ne l'abordions pas immédiatement.

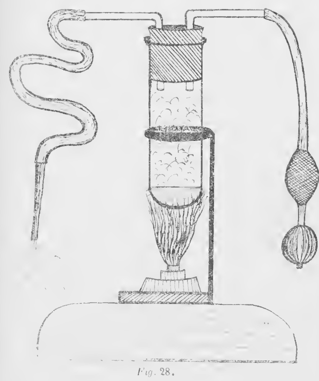


Fig. 28.

Si nous mettons dans l'appareil deux centigrammes de proto-chlorure de mercure, nous obtenons une épaisse vapeur pendant plus de cinq minutes. Chaque minute représente une quantité infinitésimale de calomel; nous avons donc tout le temps nécessaire pour obtenir un bon effet thérapeutique avant de nous trouver même dans le voisinage d'une dose toxique.

Cet appareil, plus grossièrement construit au début de nos expériences, eut d'abord pour but d'utiliser les fumigations de calomel contre l'angine diphtéritique.

Nous avions alors remarqué l'adhérence intime de la vapeur de calomel avec la muqueuse : de là à l'application que nous fûmes amené à en faire, il n'y avait qu'un pas. Nous aurions pu, si nous n'avions craint que les résultats obtenus ne fussent dus à un concours de circonstances heureuses, intituler ce modeste exposé : *Méthode de traitement de la diphtérie par les fumigations de calomel*; mais les observations que nous avons pu relever sont trop peu nombreuses et les résultats trop encourageants pour que nous osions aller jusque-là. Toutefois, nous avons cru utile de publier nos remarques personnelles, espérant qu'elles pourront servir de point de départ à des expériences et des applications utiles : c'est pourquoi nous les soumettons au préalable à votre appréciation. A vous de juger si l'on peut, dans la pratique nosocomiale, en retirer un bénéfice quelconque.

Comme nous l'avons dit, l'idée de ce traitement nous est venue en présence de plusieurs cas de diphtérie. L'angine diphtéritique est une maladie locale dont le croup est une complication assez fréquente, qui entraîne la mort par asphyxie plus encore que par empoisonnement, plus grave par conséquent chez les jeunes enfants, dont le larynx est forcément d'un petit calibre. Les traitements ne manquent certes pas, mais ils nous semblent mal appropriés au sujet très peu docile qu'est l'enfant et peut-être aussi sont-ils peu actifs.

Il existe en effet deux méthodes générales : les lavages, les irrigations de la gorge et les attouchements avec une solution antiseptique : Résorcine, eau oxygénée. En outre, on y adjoint le râclage des fausses membranes ; méthode qui nous semble, bien que notre compétence ne soit pas grande en la matière, peu justifiable, car l'abrasion des pellicules fait saigner les muqueuses, laissant un terrain admirablement préparé pour le bacille de Lœfler.

Quant aux irrigations, nous en avons vu faire : c'est un traitement terrible pour ces pauvres bébés, la suffocation qui suit les actes respiratoires fait peine à voir.

Nous sommes donc parti de ce principe qu'il fallait avoir un remède local actif et sûr, facilement maniable et une manière d'opérer qui ne fût pas susceptible d'être paralysée par les actes physiologiques du petit malade.

L'enfant est tenu par un aide, la bouche ouverte; l'appareil est mis en marche, la canule est introduite dans la cavité buccale aussi près que possible des amygdales, dirigée sur les points à stériliser, et l'on fait fonctionner la soufflerie pendant quelques secondes. Nous avons vu qu'il fallait cinq minutes avant d'atteindre la dose de deux centigrammes; donc pas de crainte d'intoxication, alors même que l'on recommence le traitement plusieurs fois par jour.

Il n'est pas besoin de toucher la gorge de l'enfant, les mouvements d'aspiration du petit malade servent à entraîner les vapeurs, trop peu épaisses pour le suffoquer; celles-ci vont neutraliser plus loin les bacilles qui seraient descendus dans le larynx. Nous avons observé que, sous l'influence de ce traitement, les fausses membranes disparaissent avec une grande rapidité, sans râclage. Il en est de même, et à plus forte raison, dans les angines pultacées, etc.

Pour les maladies de l'utérus ou de l'antre d'Higmore, il faudra se servir de canules à jet récurrent ou modifiées selon les cas ; de même dans le croup confirmé, si pour une raison quelconque le médecin ne croit pas devoir employer le sérum antidiphtéritique de Roux, ni faire la trachéotomie. Si l'on a recours au tubage, on pourra facilement construire un tube avec de larges ouvertures longitudinales, sorte de spéculum trachéal qui permette aux vapeurs de se déposer sur les parois naturelles et de détruire ainsi toute bactérie.

La figure ci-jointe est destinée à faciliter la construction de l'appareil que nous avons décrit.

M. Vidal dit avoir employé ce procédé depuis quatre ans dans le traitement des érosions du col, et des ectropions utérins, et avoir toujours obtenu de très bons résultats. Mais l'appareil dont il se sert est loin, dit-il, d'avoir la simplicité et la perfection tout à la fois de celui que vient de présenter M. Loup.

M. Tissier demande si toutes les angines ont été traitées par M. Loup à l'aide de ce procédé ; certaines angines miliaires, à son avis, guérissent toutes seules, sans qu'il soit besoin d'intervenir localement.

M. le Président remercie M. Loup de son intéressante communication, il estime que l'appareil qu'il vient de présenter peut rendre de réels services à tous les praticiens dans le traitement des angines et mérite d'être vulgarisé.

La séance est levée à 5 h. 40.

Un des secrétaires annuels.
H. Monel.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Rédacteur spécial : M. le Dr P. KERAVAL.

VII. — Les agnoscies, la cécité psychique en particulier ; par V. NODET. (Paris, in-8, 1899. F. Alcan, éditeur.)

VII. — Thèse de Lyon des plus soignées. 67 observations, dont la première personnelle. Voici comment l'auteur comprend actuellement la question.

Le phénomène de la *reconnaissance*, c'est-à-dire de *l'identification*, est un phénomène excessivement général, qui est à la base des phénomènes réflexes, à la base des phénomènes de l'activité vitale, dont il devient une des caractéristiques. — Le travail des identifications successives, en insérant le passé sur le présent, permet à l'impression sensorielle de devenir perception reconnue, localisée, et représentation. — On peut diviser le travail des identifications cérébrales en deux grandes classes : les identifications primaires, ou sensations simples, et les identifications secondaires et supérieures.

L'interruption de l'identification cérébrale primaire donne les anesthésies corticales sensitivo-sensorielles. Le trouble du travail des identifications secondaires, avec persistance des identifications primaires, donne les agnoscies : cécité psychique, surdité psychique, asymbolie.

La *cécité psychique* a pour condition essentielle la conservation, au moins relative, de l'identification primaire, dont la mesure est la valeur de l'acuité visuelle, très importante à étudier. Elle s'accompagne très fréquemment d'hémianopsie, ordinairement droite, et d'une achromatopsie spéciale, l'achromatopsie agnoscique. Il existe parfois des troubles dans la *localisation dans l'espace* (Pick), dus aux troubles de l'identification des sensations musculaires de l'œil ; ils peuvent à eux seuls déterminer une cécité psychique spéciale. La *perception des formes*, primitivement tactile, est devenue, en grande partie visuelle, et non pas seulement optico-motrice ; son trouble n'est pas un facteur indépendant dans l'agnoscie visuelle, sa valeur peut être souvent la mesure de la cécité psychique. *L'orientation* est, en quelque sorte, dans l'action, le corrélatif de ce que la perception des formes est sur le terrain spéculatif ; elle est devenue, comme elle, presque exclusivement visuelle, la cécité psychique, avec souvenirs visuels encore notables, la trouble à peine ; la destruction presque totale du territoire visuel, au contraire, détermine l'inorientation. L'orientation auditive délicate est comprise dans cette conclusion. La valeur considérable de l'élément visuel dans le travail cérébral explique l'état mental des agnosciques visuels purs, état mental variable avec la valeur et l'étendue des lésions qui peut aboutir à la démence. Les hallucinations sont possibles. La *cécité psychique grave* entraîne une agnoscie déjà considérable dans les autres territoires sensoriels même intacts *Les agnoscies olfactives et gustatives* ne méritent pas une place à part, leur possibilité étant difficile à démontrer. *L'agnoscie auditive* est rarement isolée, elle est difficile à diagnostiquer très sûrement et son existence n'a pas une grande influence sur l'état mental du malade (nous ne parlons pas de la surdité verbale). *L'agnoscie tactile localisée* existe ; elle présente un grand intérêt théorique, mais, en clinique, elle ne prend d'importance qu'alliée à l'agnoscie visuelle, ce qui constitue *l'agnoscie multiple ou asymbolie*. Celle-ci exagère beaucoup la gravité de l'état psychique des malades, qui sont de véritables décérébrés, des déments : la démence asymbolique (Heilbronner), et l'asymbolie avec démence sont des réalités cliniques. Il y a lieu d'éliminer du cadre des agnoscies tous les phénomènes agnosciques fréquents dans les psychoses, les névroses, la vie ordinaire.

Lésions. — a) Superficielle du 1/3 moyen des deux circonvolutions prérolandiques, surtout de la postérieure (Wernicke) pour l'agnoscie tactile du membre supérieur. *b)* corticale des deux lobules pariétaux inférieurs (Pick), pour l'agnoscie visuelle par défaut de localisation dans l'espace. c) des deux lobules occipitaux (substance grise et blanche, pour l'agnoscie visuelle qui peut aussi provenir de la destruction du territoire visuel gauche seul (Lissauer-Hahn et Nodet). La lésion de l'agnoscie générale s'accompagne toujours d'une lésion du territoire visuel, confirmant ainsi l'importance des troubles agnosciques visuels dans l'asymbolie. Les lésions des agnoscies sont : 1° atrophiques simples, 2° de foyers, ordinairement de ramollissements, 3° à forme mixte, fréquemment.

VIII — Les causes sociales de la folie, par G. L. DUPRAT, (Paris, in-18, F. Alcan, édit.)

VIII. — M. Duprat, docteur ès lettres, s'attache, et il est vraiment lui-même très attachant, à montrer : que certaines psychoses n'attendent qu'une occasion pour se manifester (cette occasion leur est fournie par des événements de la vie sociale, qui donnent un aspect particulier à la folie) ; que les délires à évolution systématique changent d'aspect avec les événements ; que la vie sociale coopère au délire, par l'imitation et l'imagination ; que ce n'est pas seulement l'aspect des troubles psychiques qui est déterminé par des causes sociales, ce sont les troubles mêmes de l'esprit (Ch. 1er). La dégénérescence est, pour lui, un phénomène sociologique ; les mariages ont des causes sociales, et ce sont les divers choix dans le mariage qui rendent l'hérédité féconde ou funeste (Ch. 2). Dans les chapitres 3 et 4 sont envisagées la paralysie générale et la civilisation, dont les thèmes sont connus. Du rôle de l'orgueil, de celui de l'idée de l'argent et de la fortune, devenue prépondérante, nous savons aussi ce qu'il faut penser, quant à la cause de l'aliénation mentale (manie ambitieuse, *paranoia quærulens*) ; à propos des persécutés-persécuteurs, M. Duprat croit que les instincts sociaux, de punition, de vengeance sont si forts que les aliénés n'ont qu'à les exagérer pour tomber dans la pire des monomanies. Il étudie la folie religieuse à travers les civilisations, et dit qu'elle est intimement liée à la pauvreté d'un pays, au manque de communications rapides, à l'ignorance des habitants, au développement des superstitions. Quels sont maintenant les rapports de la pathologie mentale et de la pathologie sociale ? Un état social morbide, c'est-à-dire en contradiction avec un système stable de tendances sociales, exerce une influence néfaste sur l'aliénation mentale. L'instabilité sociale et la désagrégation sociale ont pour résultats des guerres, des grèves, des luttes politiques et économiques qui peuvent amener des prédispositions héréditaires à la folie. Elles engendrent surtout la folie morale ou criminelle, les attentats à la pudeur, les perversions du sens génital, tout comme le suicide. L'état social anormal rend dangereuses pour la santé morale les exigences de la civilisation.

Nous voilà ainsi parvenus au huitième chapitre, celui de la *thérapeutique sociale*. La thérapeutique biologique, la thérapeutique mentale étant à peu près impuissantes, essayons de la thérapeutique sociale. S'il est nécessaire de soustraire les malades à leur milieu, il faut, dans les asiles, les soumettre, par l'atelier, à une discipline sociale, en appliquant la division du travail de sorte que, dans chaque groupe d'ouvriers, l'activité déployée soit complémentaire de celle qui se déploie dans le groupe voisin. Ainsi l'aliéné finirait par concevoir une sociabilité rudimentaire, une solidarité effective ; il s'en pourrait suivre, peu à peu, c'est l'auteur qui parle, l'obéissance spontanée à une règle commune, prélude de l'*obéissance à la raison*. Si l'on n'est pas assuré de guérir, on peut prévenir de nombreux cas de folie en supprimant les causes sociales d'aliénation mentale, par la bonne organisation sociale, par la lutte contre l'alcoolisme, contre les préjugés, contre la débauche, les superstitions, le délire de l'argent, le mysticisme, etc. On préparera, de cette façon, une hérédité biologique et une hérédité sociale favorables à la santé morale.

IX. — Wie ist die Fürsorge für Gemüthskranke von Aerzten und Laien zu fordern? par C. FURSTNER. (Berlin, in 8, 1899, S. Karger, édit.)

IX. — Vulgarisation fort heureuse des modes d'assistance des aliénés en Allemagne, des moyens de placement des malades, et de ce qu'exige le traitement de la folie de la part du médecin de la famille et des parents. L'auteur met en relief le but différent des cliniques ou des asiles des villes et des établissements provinciaux, les premiers étant surtout destinés aux aigus. Il indique les modes d'admission dans les uns et dans les autres, en ayant soin de mettre les points sur les *i*. Il montre comment on agit ici et là avec les visites et les sor-

ties définitives. Il explique pourquoi l'encombrement des cliniques et des asiles urbains force à l'évacuation dans les établissements provinciaux des malades qui ne sont plus appropriés aux premiers. Les dépenses d'entretien des aliénés sont d'ailleurs beaucoup plus élevées dans les cliniques et les asiles des villes que dans les grands établissements de la province : le régime commun coûte 2 marks et plus par jour (2 fr. 50). Comme toute maladie mentale dure des semaines et des mois, il en résulte de grosses dépenses pour le budget; ces charges sont supportées par les particuliers aisés, par les communes, les sociétés de bienfaisance qui viennent en aide aux indigents. Telle est aussi la justification des quartiers de pensionnaires, bien installés; ils ont encore l'avantage de permettre aux jeunes médecins de suivre les psychoses de gens d'un niveau social plus relevé, d'observer les modifications que la condition sociale peut introduire dans le tableau morbide. Le petit livre examine en détail ce qu'il convient de faire pour *les convalescents*; il faut, par un procédé quelconque, suivant la région, les patronner. Les grands asiles provinciaux pourraient très bien avoir des quartiers annexes de convalescents, dans lesquels, sous le contrôle du médecin, on leur laisse une liberté d'allures leur permettant de développer leur spontanéité. Des asiles de convalescents, et de travail pourvus d'installations d'hydrothérapie et d'une consultation externe rendraient de grands services tant pour acclimater les améliorés à la liberté que pour surveiller les malades guéris. Et le *personnel des infirmiers et des infirmières?* Les asiles sont des personnalités différentes pour ainsi dire, ils n'ont pas de plans uniformes, ils fonctionnent dans des milieux distincts. Ces inconvénients, graves pour l'assistance de l'aliéné, sont encore plus sensibles pour l'organisation d'un bon personnel formant un corps d'élite. Du reste, nous tendons à supposer à notre personnel un sentiment pour les malades qui manque assez souvent chez les proches les plus cultivés de ceux-ci, le respect de l'aliéné, la commisération, et l'empire sur soi-même que le médecin n'a pas toujours aisément.

Ces qualités seraient les fruits d'un long apprentissage, d'une instruction prolongée, d'une rigoureuse surveillance, si l'infirmier n'apportait avec lui dans le service des idées peu humaines, celles qui dominent actuellement parmi les profanes sur les aliénés, et les vieux gardiens, malgré l'ancienneté de leurs services, n'ont fréquemment l'attitude convenable que tant que dure le contrôle exercé sur eux. Puis on les surmène sans compensation. Il ne faudrait pas croire, par contre, que l'élévation des salaires améliorerait le personnel et attirerait dans ses rangs des sujets supérieurs. Expérience et développements de M. Fürstner conformes à ce que l'on sait déjà. L'enseignement professionnel d'un personnel actuellement si mobile n'est guère praticable et ne serait point efficace. Mieux vaut s'occuper de ses avantages matériels tels que chambres à part en dehors du service, repos complet à la suite d'une nuit de veille, permissions, et, principalement pour les infirmières, un salaire élevé; les infirmières se recrutent plus aisément, sont meilleures, plus stables, plus faciles à éduquer, notamment dans les villes. La population de la campagne fournit les meilleurs serviteurs parmi les jeunes gens qui ont fréquenté l'école et qui, pour des motifs peu graves, ont été exemptés des obligations militaires, ou parmi ceux qui, après avoir servi sans reproches, n'ont pas été promus sous-officiers : ils ont de vingt à trente ans. Quant à instituer une *profession d'infirmiers d'aliénés, formés par des cours, diplômés après examens*, outre que les effets de cette mesure seraient fort douteux, elle serait soumise à tant d'influences régionales, sociales et matérielles de la part de la population raisonnable qu'il « me paraît impossible de la mettre en pratique, même à peu près régulièrement », dit M. Fürstner. Les qualités du personnel féminin ont suggéré l'*idée d'employer des femmes aux soins des aliénés du sexe masculin*. C'est évidemment possible pour les salles de surveillance continue, et pour les quartiers où sont placés des malades ayant besoin de soins corporels, ainsi que pour les sections de tranquilles et de convalescents. Il faudra simplement y adjoindre un infirmier chargé des grosses besognes et d'en imposer aux malades qui tendraient à s'agiter. Nous aurons ainsi des quartiers plus propres, plus agréables ; la femme est plus patiente, plus adroite, elle réussira à calmer et à charmer l'aliéné. Mais, d'autre part, il est certain qu'il surgira maintes difficultés du fait des contacts entre les infirmières et les infirmiers.

M. Fürstner termine par les considérations relatives à l'utilité des consultations externes, des *policliniques pour les maladies mentales*. Elles mettent le médecin en contact avec une foule de troubles intellectuels qui ne sont point ou ne sont pas encore de l'aliénation mentale, et avec les épileptiques, les hystériques, les hypocondriaques, qui incombent plus au psychiatre qu'à la clinique interne. Les malades peuvent les fréquenter sans gêne, ceux surtout qui ont été déjà internés et qui ont encore besoin du contrôle et des conseils du médecin. Les policliniques établiraient des relations indispensables entre médecins et profanes, et dissiperaient, sous peu, tous les préjugés, toutes les idées fausses que conçoit sans cesse le public sur la folie et l'aliéniste. L'auteur profite de l'occasion pour projeter quelque lumière sur les questions de l'*interdiction et de la responsabilité* au point de vue médico-légal.

CORRESPONDANCE

Sanatoriums pour tuberculeux.

Monsieur le Président de la Société de Médecine de Paris,

A propos d'une question posée par M. le Dr Plicque, et relative à l'admission des phtisiques dans les sanatoriums, vous avez insisté vous-même sur la grande utilité des dispensaires anti-tuberculeux susceptibles de concourir à la défense pratique contre la tuberculose. Vous avez, avec juste raison, fait l'éloge des dispensaires qui fonctionnent déjà en France et à l'étranger. Nous avons jugé opportun d'attirer l'attention de votre Société savante sur une œuvre similaire créée à Paris, et qui est entrée également dans la période active. Deux de nos collègues, MM. les Drs Tabary et Menusier, après vous avoir révélé l'existence de cette œuvre, ont ajouté qu'un de nos promoteurs, et de préférence M. le Dr Bernheim, notre président, se mettait à la disposition de votre Société pour vous donner des renseignements complémentaires sur le fonctionnement de ces dispensaires, si toutefois vous mettiez la question à l'ordre du jour. Notez bien que le Dr Bernheim ne vous a rien demandé personnellement, et que si son nom a été prononcé dans la lettre que vous avez reçue, c'est qu'il en avait reçu de nous le mandat. Or, dans le *Progrès médical* du 30 mars, nous lisons le compte rendu de votre séance du 23 mars. Sur l'observation de M. le secrétaire général, qui dit que la société de Médecine de Paris « n'a pris aucune décision sur la demande du Dr Samuel Bernheim, désirant expliquer le fonctionnement des vingt dispensaires pour tuberculeux qu'il veut créer à Paris », M. Grasset, au lieu de discuter la proposition elle-même ou la valeur des dispensaires, a fait une charge à fond de train contre le Dr Bernheim, et s'est lancé dans une polémique personnelle. Ce confrère irascible a oublié qu'il s'exprimait à la tribune d'une société savante et il a prononcé des paroles pleines d'animosité voire même de basse jalousie. Quel venin!

« Nous ne pouvons, dit M. Grasset, donner notre estampille à des coups de grosse caisse... Je voudrais combattre cette initiative dangereuse qui se cache sous des dehors de philanthropie... Le véritable but (de cette œuvre) c'est de créer des petits centres de réclame pour certains médecins, probablement désignés d'avance, réclame destinée à les mettre en relief comme grands phtisiologues d'autant plus qu'on annonce pompeusement que les médecins de la ville pourront y être éduqués par les médecins des dispensaires qui se placent ainsi au-dessus des autres. A grands coups de caisse, on attirera l'argent du public naïf, on créera une petite administration de bonnes places bien payées en argent ou en décorations, ou en promesses décoratives. Les médecins initiés et choisis, bien posés en vedette, verront fleurir leur boutonnière et affluer la clientèle au détriment des modestes confrères; nous avons déjà des exemples de ces œuvres anti-tuberculeuses qui ont des palais à Paris, des administrations grassement rétribuées et dont les millions servent à entretenir surtout les affiliés et un peu quelques malades dans les établissements spéciaux,

où lorsqu'une visite présidentielle est annoncée, on raccole des figurants d'occasion pour en augmenter l'importance ».

On voit que dans cette diatribe si violente il y en a pour tout le monde. Si le Dr Bernheim et ses collègues des dispensaires anti-tuberculeux sont pris vivement à parti, l'œuvre des enfants tuberculeux « qui racole des figurants » n'est pas ménagée davantage En feignant de défendre l'intérêt des modestes praticiens de quartier, le Dr Grasset discute, non pas la valeur de l'œuvre des dispensaires mais les intentions des promoteurs de cette œuvre. Est-il bien sûr de traduire fidèlement la pensée de ces promoteurs? Sur quoi se base-t-il? Quels arguments a-t-il produits à ses collègues de la Société de Médecine de Paris? A-t-il le droit de se prononcer, surtout avec si peu de courtoisie, sur les actes futurs de confrères qui ne sont pas même présents lorsque cette attaque se produit? Est-il bien sûr que lui, Dr Grasset, ne s'est pas servi de votre tribune pour « battre la grosse caisse » et pour se tailler une belle réclame? Ce qui semblait le démontrer, c'est que sa diatribe a été immédiatement reproduite par des journaux politiques qui, certes, ne l'ont pas sollicité pour avoir le droit de reproduire sa prose.

C'est la première fois que nous voyons un fait pareil se produire. Avec votre longue expérience, vous n'ignorez pas, Monsieur le Président, que lorsqu'un confrère demande à faire une communication à un corps savant, cette demande est discutée en séance de comité, où elle est accueillie ou rejetée. Si la demande est accueillie les collègues ont le droit de discuter, de critiquer même vivement le travail de l'auteur et de publier la communication avec les commentaires même les plus acerbes. Mais quand la demande n'est pas prise en considération, elle n'est pas publiée dans le procès-verbal de la séance publique et aucun collègue de la société savante ne se permet de discuter le fond ou la valeur de la communication, surtout en l'absence du confrère postulant.

C'est pourquoi nous avons été très surpris et, le dirons-nous, fort attristés à la lecture de cette violente attaque. Le langage du Dr Grasset n'est ni courtois, ni scientifique, ni humain, ni juste. Il n'est pas courtois, parce qu'il attaque en termes triviaux presque grossiers, un confrère. Il n'est pas scientifique, ni confraternel parce qu'il discute des faits qui ne lui ont pas été soumis, et fatalement le Dr Grasset a dû tomber dans l'erreur; l'avenir le lui démontrera. Dans son emportement, notre confrère est inhumain parce qu'il cherche à empêcher les gens fortunés de s'intéresser à une œuvre philanthropique, de soulager des misères humaines; enfin, il est injuste parce qu'il attaque un confrère absent qui n'a rien demandé à votre société, mais qui n'a voulu que se présenter à vous de notre part avec un mandat bien déterminé.

Lorsqu'une nouvelle demande semblable sera adressée à votre honorable société par un confrère, autoriserez-vous encore des procédés aussi violents qu'injustes? Nous aimons à croire que non.

Au surplus, nous ne voulons pas discuter l'argumentation si agressive du Dr Grasset; nous préférons laisser arbitres du débat nos confrères et les membres de la Société de Médecine de Paris; dans leur impartialité, ils jugeront de quel côté se trouvent la correction et la bonne foi.

Quoiqu'il ait accompli une mauvaise action, nous n'avons aucun ressentiment contre ce confrère irascible, avec l'espoir que l'âge et l'expérience modifieront son caractère et le rendront meilleur.

En tout cas, nous vous prions de publier la présente réponse dans les journaux où a figuré l'attaque du Dr Grasset, en ce qui concerne le Dr Bernheim, notre collègue, et l'œuvre des dispensaires anti-tuberculeux.

Veuillez agréer, Monsieur le Président de la Société de Médecine de Paris, l'assurance de nos sentiments respectueux.

Pour les promoteurs de l'Œuvre de la tuberculose humaine.

Le Secrétaire : Dr Gonzalve Menusier, 14, rue Bréda.

Le Trésorier : Dr Tabary, 69, rue du Commerce.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la grippe et de ses manifestations broncho-pulmonaires par l'hélénine.

De toutes les manifestations grippales si fréquentes en cette saison, celles qui portent sur les voies respiratoires offrent le plus de dangers. L'inflammation des premières voies respiratoires détermine une toux rebelle et pénible, et est souvent suivie de l'extension de l'infection grippale aux bronches et même au parenchyme pulmonaire L'action de l'hélénine du Dr de Korab, qui calme la toux, qui modifie et diminue l'expectoration, qui jouit en outre d'un pouvoir microbicide bien constaté, sera d'une grande utilité dans le traitement curatif de la grippe et dans la prophylaxie de ses complications broncho-pulmonaires. Ce précieux agent thérapeutique, qui a fait brillamment ses preuves dans les épidémies de grippe de ces dernières années, s'administre à la dose de 3 à 5 globules d'hélénine du Dr de Korab par jour.

Médication thyroïdienne.

On sait que la glande thyroïde, glande à secrétion interne, exerce une influence considérable sur les organes hématopoïétiques et sur la nutrition générale. Il est également reconnu que le myxœdème est le syndrome de la suppression des fonctions thyroïdiennes; l'état myxœdémateux complet ou fruste résultant, en effet, soit de l'anéantissement, soit de l'amoindrissement de la fonction. Dès lors toute médication rationnelle doit viser la suppléance du corps thyroïde malade ou absent.

Dans le principe on eut recours à la greffe (Merklen et Lannelongue), puis aux injections intra veineuses (Murray); mais l'expérience ne tarda pas à démontrer que la première était peu sûre et que les secondes n'allaient pas sans danger. Restait donc l'ingestion; or, les thérapeutes savent d'une part que les malades acceptent difficilement les glandes fraîches; ils connaissent, d'autre part, les difficultés d'approvisionnement quotidien et ils n'ignorent pas la substitution fréquente des glandes salivaires, du thymus, ou des ganglions aux glandes du cornet (corps thyroïde). La méthode de choix fut décidément instituée lorsque Howitz eût démontré que l'ingestion de la glande thyroïde cuite produit les mêmes effets que l'injection du suc thyroïdien.

La recherche du principe actif devait naturellement présenter un sujet d'étude aux chimistes : c'est ainsi que Baumann fut amené à conclure que l'antitoxime thyroïdienne est une combinaison organique iodée à laquelle il donna le nom d'iodothyrine. Des recherches ultérieures firent voir que ce composé n'est pas un principe défini, puisque sa teneur en iode varie; elles établirent que le corps thyroïde possède d'autres produits actifs dépourvus d'iode (Frankel et Drechsel) et qu'enfin il existe, à côté des composés phosphorés et iodés, des arsénucléines (Gautier) démontrant que l'arsenic fait partie constitutive des tissus au même titre que l'iode. D'après les évaluations de Gautier, la glande thyroïde fraîche contient 1/127.000 de son poids d'arsenic.

Ces divers résultats ont déterminé un grand nombre de cliniciens à laisser de côté les produits de dissociation de la glande, et à accorder leur préférence au corps thyroïde du mouton simplement desséché et pulvérisé. Cette poudre représente environ le tiers de son poids de l'organe frais.

Il va de soi qu'il faut exclure de la thérapeutique toute préparation provenant d'organes altérés si l'on ne veut pas s'exposer aux accidents du botulisme. C'est pour mettre le médecin en garde contre une semblable intoxication que le Pr Combemale a cru devoir émettre les réflexions qui suivent : « Pour ne point faire d'erreur il y a lieu d'adopter une marque et, comme dosage particulier, de s'en tenir à elle. En ce qui me concerne, après tâtonnements, les *Sphérulines* Moncour, dosées à dix centigrammes l'une environ, ont ma préférence dans la clientèle. Mais je vous ai montré qu'avec les préparations fournies et choisies par l'administration des hospices, il nous survenait des insuccès injustifiés; c'était la preuve que la confiance en semblable matière ne doit pas aller au premier venu et au

meilleur marché, » (Combemale : leçon sur le traitement du myxœdème et des hypothyroïdies. *Echo médical du Nord*, 25 novembre 1900.) Les applications thérapeutiques de la glande thyroïde visent les cas d'*athyroïdie* et ceux beaucoup plus fréquents d'*hypothyroïdie*. Avec les premiers, qui sont toujours améliorés, le corps thyroïde se montre véritable spécifique, qu'il s'agisse du *myxœdème franc, opératoire* ou *d'idiotie myxœdémateuse (cachexie pachydermique infantile)*.

On débute par un traitement intensif qu'on modère ensuite : six *Sphérulines* Moncour pendant une huitaine, jusqu'à l'apparition de la polyurie; ce résultat étant obtenu, il y a lieu de chercher la ration d'entretien, c'est-à-dire la dose quotidienne qui varie avec chaque sujet, dose que l'on administre alors pendant des semaines, des mois, en intercalant un repos d'une quinzaine dès qu'on remarque quelques symptômes de saturation. (Combemale.)

Le médicament prévient les phénomènes convulsifs qui accompagnent le myxœdème opératoire, de même qu'il permet en quelques mois, dans l'*idiotie* myxœdémateuse, de constater une augmentation notable de la taille et un véritable réveil de l'intelligence. (Bourneville.)

Il est de toute nécessité de continuer la dose d'entretien, sinon l'amélioration cesse avec le traitement.

L'hypothyroïdie réclame aussi cette médication, mais les succès sont moins nets : Contre les *goitres parenchymateux* ou *fibreux*, trois sphérulines par jour amènent sûrement de l'amélioration; il n'en est pas de même pour les goitres colloïdes, kystiques, vasculaires ou cancéreux. Le traitement est contre-indiqué pour le goitre exophtalmique qui suppose déjà un excès de principes thyroïdiens.

Contre l'*Infantilisme* (dentition tardive, retard de puberté, etc.) trois sphérulines par jour, avec des périodes de repos, donnent le plus souvent un résultat évident.

Contre l'*Obésité* on fait ingérer trois sphérulines par jour pendant quatre ou six semaines, en surveillant les organes et les émonctoires.

Le corps thyroïde réussit encore dans l'*Hémophilie* (Combemale et Gautier) ainsi que dans les *raideurs articulaires pseudo-rhumatismales* qui relèvent de l'hypothyroïdisme : trois sphérulines, pendant une ou deux quinzaines, suffisent généralement. Le traitement thyroïdien a enfin été appliqué à de nombreuses affections morbides et les succès obtenus s'expliquent par la fréquence de l hypothyroïdie. Tel l'emploi en vue de la *consolidation rapide des fractures*.

La médication thyroïdienne est contre-indiquée chez les malades atteints de tachycardie, de crises angineuses ou pseudo-angineuses d'arythmie. On évitera les accidents dus aux effets cumulatifs en employant des doses faibles et en évitant d'aller trop vite.

ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

Recrutement des internes en médecine des établissements hospitaliers situés en dehors du département de la Seine. *(Hôpital de Berck, sanatorium d'Angicourt, hospice de Brévannes, sanatorium de Hendaye).*

Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique ; — Vu la loi du 10 janvier 1849 et celle du 7 août 1851, article 8 *in fine* ; — Considérant qu'il y a lieu de déterminer les conditions dans lesquelles doivent être recrutés les internes en médecine à attacher aux établissements hospitaliers situés en dehors du département de la Seine ; — Vu l'arrêté du 5 décembre 1895 portant que les places d'internes en médecine de l'hôpital de Berck seront attribuées à des internes titulaires des hôpitaux ; — Ensemble l'arrêté du 19 décembre 1890, portant institution d'un concours spécial pour la nomination aux places d'interne en médecine de l'hospice de Brévannes ; — Vu l'avis émis par le Conseil de surveillance dans sa séance du 7 mars 1901 ; — ARRÊTE :

ARTICLE 1er. — Les places d'interne en médecine attachées à l'hôpital de Berck continueront à être attribuées, ainsi qu'il est dit à l'arrêté du 5 décembre 1895, à des internes titulaires des hôpitaux nommés à la suite du concours annuel de l'internat. Il en sera de même en ce qui touche les places d'interne en médecine attachées au sanatorium d'Angicourt.

ART. 2. — Les internes en médecine attachés à l'hospice de Brévannes continueront à être nommés à la suite d'un concours spécial, ainsi qu'il a été spécifié par l'arrêté du 19 décembre 1890. Les internes en médecine du sanatorium de Hendaye seront également nommés à la suite de ce concours, dont le programme sera, par suite, revisé ainsi qu'il suit, savoir :

I. *Conditions d'admission au concours* (Article 220 du règlement général sur le service de santé). — Sont admis à prendre part au concours pour les places d'interne en médecine de l'hospice de Brévannes et du sanatorium de Hendaye : les élèves externes des hôpitaux de Paris ; les élèves en médecine de troisième année qui auront fait au moins six mois de stage régulier dans l'un des services des hôpitaux de Paris.

Ces derniers devront produire : 1° leur acte de naissance ; 2° un certificat de revaccination de date récente ; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs ; 4° un certificat des inscriptions prises à la Faculté de Médecine de Paris.

Les candidats ne pourront être inscrits qu'après avoir pris, par écrit, l'engagement de rester attachés pendant une année au moins, à l'hospice de Brévannes ou au sanatorium de Hendaye. Les internes de ces deux établissements ne pourront, d'autre part, conserver leurs fonctions pendant plus de deux années.

II *Jury du concours* (Article 221 du règlement général sur le service de santé). — Le jury du concours pour les places d'élève interne en médecine de l'hospice de Brévannes et du sanatorium de Hendaye se compose de trois membres, dont deux médecins et un chirurgien, tirés au sort parmi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux.

III *Epreuves du concours* (Article 222 du règlement général sur le service de santé). — Les épreuves du concours pour les places d'élève interne en médecine à l'hospice de Brévannes et au sanatorium de Hendaye sont réglées ainsi qu'il suit :

1° *Une épreuve écrite* commune consistant en une composition sur un sujet d'anatomie et sur un sujet soit de petite chirurgie, soit de pathologie interne ou externe ; il sera accordé aux candidats deux heures pour rédiger cette composition;

2° *Une épreuve orale* sur une question de pathologie interne ou de pathologie externe. Il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer cette question après dix minutes de réflexion. Cette épreuve différera pour les candidats inscrits pour Brévannes ou pour Hendaye ; elle portera, pour les premiers, sur un sujet de pathologie sénile, et pour les seconds, sur un sujet de pathologie infantile. Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour la composition écrite, 30 points ; pour l'épreuve orale 20 points.

ART. 3. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le Préfet de la Seine.

Fait à Paris, le 11 mars 1901. Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique. Pour le Directeur et par autorisation. Le Secrétaire général, *signé* : THILLOY.

Programme du concours pour la nomination aux places d'assistant des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique. — Vu la loi du 10 janvier 1849, articles 1er et 5, § 10, et celle du 7 août 1851, article 8 *in fine*; — Vu les arrêtés des 14 avril 1898 et 25 mai 1899 portant adjonction d'un assistant aux services d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint Antoine et de l'hôpital Lariboisière; — Vu l'arrêté du 31 juillet 1899 approuvé le 11 septembre suivant par M. le Préfet de la Seine, et qui prévoit, à l'article 5, l'ouverture d'un concours spécial pour la nomination aux places d'assistant des services d'oto-rhino-laryngologie; — Vu l'avis émis par le Conseil de surveillance dans sa séance du 7 mars 1901 relativement à l'institution du concours dont il s'agit; ARRÊTE :

ARTICLE PREMIER. — Le programme du concours spécial pour la nomination aux places d'assistant des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie est arrêté ainsi qu'il suit, savoir :

I. *Conditions d'admission au concours.* — Les candidats doivent, en outre du diplôme de docteur en médecine, justifier qu'au moment de leur entrée en fonctions comme assistant,

ils ont passé quatre années dans les hôpitaux de Paris en qualité d'interne en médecine.

II. *Epreuves du concours.* — Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante :

A. *Epreuves d'admissibilité.* — 1° *Une composition écrite* sur un sujet d'anatomie et de pathologie spéciales pour la rédaction de laquelle il est accordé trois heures; 2° *une épreuve clinique sur un malade* atteint d'une affection spéciale pour laquelle il est accordé au candidat 30 minutes pour l'examen du malade et la préparation de sa leçon, et 15 minutes pour la dissertation orale devant le jury.

B. *Epreuves définitives.* — 1° *Une épreuve de médecine opératoire;* 2° *une consultation écrite sur un malade* atteint d'une affection spéciale, pour la rédaction de laquelle il est accordé une heure après 30 minutes d'examen. Cette consultation sera lue immédiatement. Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité. — Pour la composition écrite, 30 points; pour l'épreuve clinique, 20 points.

Epreuves définitives. — Pour l'épreuve opératoire, 20 points; pour la consultation écrite, 30 points.

III. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir : trois parmi les chefs de services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants; un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercices et honoraires.

IV. *Dispositions diverses.* — Le concours a lieu au mois de février. Le nombre des candidats admis à subir les épreuves définitives est double de celui des places mises au concours. Les formalités prescrites par le règlement général sur le service de santé, en ce qui touche l'inscription des candidats, le tirage au sort du jury, et toutes les opérations ultérieures du concours sont applicables au concours pour la nomination aux places d'assistant des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie.

ART. 2. — Les assistants des services spéciaux d'oto-rhino-laryngologie sont nommés pour une période de deux années, à la suite de laquelle ils ne pourront être prorogés. A la suite du concours seront également nommés des assistants adjoints, en nombre égal à celui des places de titulaires mises au concours. Ces assistants adjoints, dont le temps d'exercice sera de deux années comme celui des assistants titulaires, seront appelés à remplacer ces derniers pendant leurs absences ou en cas de démission ou de décès.

ART. 3. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le Préfet de la Seine.

Fait à Paris, le 21 mars 1901. Pour le Directeur et par délégation, le Secrétaire général, *signé* : THILLOY.

VARIA

La Retraite de M. le Doyen Brouardel.

Les journaux politiques ont annoncé la retraite prochaine de M. le Pr Brouardel qui, à la fin de cette année, abandonnerait le décanat de la Faculté. Dans cette détermination prise depuis longtemps, il ne faut chercher aucune raison politique. Voici, d'ailleurs, ce qu'a déclaré M. Brouardel lui-même à un reporter du *Matin* :

« Et d'abord, je ne donne pas ma démission, je me retire du décanat après en avoir rempli pendant quinze ans les fonctions, et, en me retirant, je ne fais qu'abréger de deux mois le mandat qui m'a été confié par mes collègues, le 20 février 1889, lorsque, pour la cinquième fois, ils m'ont nommé leur doyen. Cette mesure n'est motivée, il convient de le dire, par aucune hostilité personnelle contre personne.

« Le délai prévu à mon décanat était le 20 février 1902. Je me retirerai le 15 décembre 1901 pour permettre au conseil de la Faculté de médecine de nommer mon successeur au décanat comme délégué de la Faculté au conseil de surveillance de l'Assistance publique, parce que cela est de l'intérêt de la Faculté de médecine qu'il en soit ainsi, — et je me retire pour me « reposer ».

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

L'Association des médecins de France a tenu à Paris, les 14 et 15 avril, sa 42e assemblée générale dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique. M. le Président Lannelongue a, dans son discours, exprimé l'espoir que l'Association transformée donnerait d'utiles résultats en alliant la bienfaisance, la mutualité et l'assurance.

L'assemblée a admis en principe une entente avec « l'Association amicale des médecins français pour l'indemnité en cas de maladie » et avec « la Caisse de retraites du corps médical français ». Dans une nouvelle assemblée générale, qui aura lieu le 10 novembre on règlera définitivement cette entente qui permettra à l'Association générale de participer à la prospérité de ces deux utiles institutions et on se prononcera sur l'admission des femmes de médecins comme membres titulaires de l'Association. M. Lande (de Bordeaux) a proposé la création d'un bulletin commun à l'Association et à l'Union des Syndicats médicaux. Cette proposition sera soumise à l'assemblée générale extraordinaire prochaine.

L'accident de l'hôpital Lariboisière.

Les journaux politiques, qui se sont si soudainement tus au sujet du récent empoisonnement par l'oxyde de carbone de six vieillards dans un hospice religieux, continuent à mener grand bruit au sujet du malheureux événement de Lariboisière où l'erreur d'une infirmière a déterminé la mort d'une jeune fille. Un lavement au chlorure de zinc avait été administré à la malade au lieu d'un remède au miel de mercuriale. La version la plus exacte est celle que l'infirmière inculpée, Mlle Leulier, a donnée au juge d'instruction et que *Le Matin* du 17 avril reproduit :

« L'inculpée a expliqué au magistrat comment elle avait été induite en erreur. Ainsi que nous l'avons dit, dans le placard aux médicaments se trouvaient trois cruches : une de miel de mercuriale, une seconde de glycérine et la troisième de zinc. Cette dernière ne portait aucune étiquette indicatrice d'un poison. Le 6 avril, six remèdes d'un genre un peu spécial furent commandés à Mlle Leulier. Elle les prépara aussitôt. Dans un récipient contenant un litre d'eau, elle mit, suivant l'ordonnance, une cuillerée de glycérine et une de miel de mercuriale. La préparation des premiers remèdes suffit à vider la cruche au miel de mercuriale. L'infirmière regarda ce que contenait celle d'à côté ; elle vit un liquide qui avait toutes les apparences d'une dissolution de miel de mercuriale. Elle prit de ce liquide. Une seule personne parmi celles auxquelles fut administré le poison, et ce n'était pas la victime, se plaignit de ce que le remède était trop chaud. Le lendemain eut lieu la contre-visite par l'interne Lippmann. Celui-ci constata que les malades souffraient davantage et attribua cette aggravation de maladie aux remèdes donnés trop chauds. Le surlendemain, dimanche, pendant la visite, les quatre pensionnaires allaient de plus en plus mal. C'est alors que Mlle Jeanne Leulier se demanda si elle ne s'était pas trompée. Elle se rendit au placard et goûta au liquide de la cruche suspecte. Il n'avait pas la moindre saveur de sucre; elle y mit le doigt et constata avec stupeur qu'il séchait immédiatement. Elle constata son erreur, mais de crainte d'être réprimandée, elle se garda bien d'avertir les médecins. Elle se borna à soigner avec plus de zèle les malades. Elle ne put empêcher la mort de Mlle Devant. »

Les Epidémies.

La Peste. — L'*Advocate of India* — un journal qui se publie à Bombay — nous apporte des renseignements intéressants sur les ravages exercés par la peste bubonique dans l'Inde. Ainsi, pendant une seule semaine — du 5 au 12 mars dernier — il y a eu dans toute l'Inde 7,879 décès occasionnés par l'épidémie, tandis que, dans la semaine qui précédait, il y en avait eu 6,991, ce qui indique bien que la situation est loin de s'améliorer. Il y a eu 4, 25 décès dans le Bengale, 557 à Calcutta, 1,275 dans la ville de Bombay, 743 dans la présidence de Bombay, 417 dans les provinces du nord-ouest, 169 dans l'Etat de Mysore. Dans la seule journée du 12 au 13 mars, à Bombay, il y a eu 177 cas sur lesquels 171 ont été mortels.

Le même jour, l'année précédente, il y avait eu 111 décès. A Kolar, localité aurifère, on constate une décroissante du fléau. Dans la première semaine de mars, il s'y est produit 29 cas et 19 décès, tandis que, la semaine précédente, il y avait eu 47 cas et 30 décès ; mais le choléra, en revanche, y fait plus de victimes et jette la perturbation dans le monde des boutiquiers et des coolies employés dans les exploitations aurifères.

Chicago, 15 avril. — Le Dr Nagusha, un savant japonais de passage ici, a déclaré que son gouvernement prendrait bientôt l'initiative d'une entente internationale en vue de la destruction des rats, propagateurs de la peste. (*Le Matin.*)

On annonce de Peckelheim que la peste bubonique a éclaté à l'hôpital de cette ville. Cette maladie a été introduite par des ouvriers russes. La sœur supérieure et un enfant ont déjà succombé à l'épidémie, dont les sœurs de charité, à l'exception d'une seule, sont atteintes.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 22.— *Dissection.* A. R. : MM. Jalaguier, Tuffier, Walther. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Segond, Retterer, Sébileau. — (2e *série*) : MM. Rémy, Reynier, Delbet. (3e *série*) : MM. Reclus, Poirier, Mauclaire. — 3e *de Doctorat.* (2e *partie*). A. R. : (1re *série*) MM. Fournier, Gilles de la Tourette, Méry. — (2e *série*) : MM. Brissaud, Gaucher, Tessier. — 5e *de Doctorat.* Chirurgie. (1re *partie*) (1e *série*) : MM. Kirmisson, Humbert, Broca (Aug.) — (2e *série*) : MM. Legueu, Delens, Lejars.

MARDI 23. —*Dissection.* N. R. : MM. Ricard, Thiéry, Faure. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). Oral. N. R. : MM. Cornil, Blanchard, Thiroloix. — 1er *de Doctorat.* (1re *série*) : MM. Richelot, Brun, Quénu. — (2e *série*) : MM. Rémy, Poirier, Retterer. — 4e *de Doctorat* N. R. : MM. Proust, Vaquez, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Schwartz, Campenon. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Jaccoud, Charrin, Roger, (2e *série*) : MM. Joffroy, Chantemesse, Dupré.

MERCREDI 24. — 1er *de Doctorat.* (1re *série*) : MM. Rémy, Jalaguier, Delbet. — (2e *série*) : MM. Delens, Reclus, Poirier. — (3e *série*) : MM. Humbert, Reynier, Sébileau. — 2e *de Doctorat* : MM. Gariel, Retterer, Gley. — 4e *de Doctorat.* A. R. : MM. Pouchet, Gilles de la Tourette, Wurtz. — (5e *de Doctorat*) Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

JEUDI. 25. — *Dissection.* N. R. : MM. Bouilly, Quénu, Brun. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Farabeuf, Campenon, Langlois. — (2e *série*) : MM. Launois, Rémy, Poirier, — (3e *de Doctorat*) (2e *partie*). Oral N. R. : MM. Dieulafoy, Charrin, Teissier. A. R. : MM. Debove, Gilbert, Achard. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Proust, Vaquez, Chassevant.

VENDREDI 26. — *Dissection.* N. R. : MM. Poirier, Delbet, Sébileau. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Legueu, Reclus, Mauclaire. — (2e *série*) MM. Humbert, Retterer, Lejars. — 4e *de Doctorat* N. R. : MM. Pouchet, Widal, Wurtz. — 5e *de Doctorat.* (1re *partie*). Chirurgie (1re *série*). : MM. Kirmisson, Segond, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Reynier, Jalaguier, Walter. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Landouzy, Méry. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 27. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) N. R. : MM. Cornil, Chantemesse, Hanriot. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Schwartz, Thierry, Albarran. — (2e *série*) : MM. Campenon, Poirier, Ricard. — 2e *de Doctorat* : MM. Gautier, Retterer, Langlois. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). A. R. : MM. Hutinel, Gilbert, Ménétrier. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Roger, Vaquez. — (2e *série*) : MM. Achard, Widal, Dupré. — (1re *partie*). Chirurgie : MM. Le Dentu, Bouilly, Quénu. — (2e *partie*) : — MM. Debove, Marfan, Thiroloix. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Maygrier, Bar, Bonnaire.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 24. — M. Brunet. Considérations sur l'emploi de la glande surrénale en thérapeutique. — M. Prestelle. Pneumococcie à localisations multiples — M. Bernard (Armand). Périostite aiguë suppurée, sans ostéomyélite. — M. Bournisien de Valmont. Etude sur une forme non douloureuse d'hypersecrétion chlorydrique continue avec dénutrition générale.

JEUDI 25. — M. Perrineau. Etude comparative chirurgicale et médico-légale des lésions produites à travers les tissus par les balles de petit et de moyen calibre des armes de poche : revolvers à poudre pyroxylie. — M. Mouraisse. De la coqueluche, son pronostic à l'hôpital, (Statistique de l'hôpital des Enfants-Assistés, 1890-1900.) — M. Diancourt. Contribution à l'étude de l'ouverture pariétale des cholécystites suppurées. — M. Chalochet. Anatomie du bassin coxalgique chez l'enfant. — Mme Lépine. Essai sur Ambroise Paré et la médecine des enfants. — M. Sineau. Les luxations sus-acromiales complètes de la clavicule. — M. Soule. Contribution à l'étude de la tuberculose des os de la voûte cranienne. — M. Leduc. Considérations sur les fractures de l'extrémité externe de la clavicule, et en particulier sur la situation des fragments. — M. Féval. Contribution à l'étude de la disparition de la dysphagie après la gastrotomie.

Académie de Médecine.

L'Académie de Médecine rappelle qu'un concours supplémentaire pour une place de stagiaire aux Eaux minérales (*Fondation Vulfranc Gerdy*), aura lieu au mois de mai prochain. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie de Médecine, 49, rue des Saints-Pères, avant le 1er mai.

FORMULES

XXVII. — Contre la tuberculose.

Acétate neutre de cuivre . . .	0 gr. 01 centigr.
Phosphate de soude crist. . . .	0 gr. 05 —
Excipient.	Q. S.

Pour une [illegible] par jour. (Luton.)

[illegible] — Contre les hémorrhoïdes.

[illegible]	0 gr. 80 centigr.
[illegible]me	0 gr. 30 —
Extrait de belladone.	0 gr. 60 —
Vaseline.	25 grammes.

En applications deux ou trois fois par jour. (Kossobudski cité par Crinon.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 avril au samedi 13 avril 1901, les naissances ont été au nombre de 1.142 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 401, illégitimes, 170. Total, 571. — *Sexe féminin* : légitimes, 416, illégitimes, 155. Total, 571.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 7 avril au samedi 13 avril 1901, les décès ont été au nombre de 1016, savoir : 543 hommes et 473 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 1, F. 1, T. 2. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 3, F. 4, T. 7. — Rougeole : M. 7, F. 2, T. 9. — Scarlatine : M. 1, F. 4, T. 5. — Coqueluche : M. 4, F. 0, T. 4. — Diphtérie et Croup : M. 4, F. 7, T. 11. — Grippe : M. 4, F. 8, T. 12. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0.— Choléra nostras : M. 0, F. 1, T. 1, — Autres maladies épidémiques : M. 3, F, 2, T. 5. — Tuberculose des poumons : M. 156, F. 90, T, 246. — Tuberculose des méninges : M. 15, F. 11, T. 26. — Autres tuberculoses : M. 6, F. 1, T. 7. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 23, F. 34, T. 57. — Méningite simple : M. 12, F. 14, T. 26. —Congestion hémorragique et ramollissement du cerveau : M. 26, F. 22, T. 48. — Maladie organique du cœur : M. 20, F, 34, T. 54. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 5, T. 10. — Bronchite chronique : M. 11, F. 13, T. 24. — Pneumonie : M. 21, F. 25, T. 46. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 47. F. 49. T. 96. — Affection de l'estomac (cancer exc.) : M. 2, F. 4, T. 6. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 1, F. 1, T. 2 ; autre alimentation, M. 22, F. 5, T. 27. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Hernies, obstruction intestinale : M. 1, F. 2. T. 3. — Cirrhose du foie : M. 7, F. 7, T. 14.— Néphrite et mal de Bright : M. 13, F. 10, T. 23. —Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 1, F. 6, T. 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 18, F. 18, T. 36. — Débilité sénile : M. 11, F. 23, T. 34. — Morts violentes : M. 33, F. 15. T. 48. — Suicides : M. 21, F. 6, T. 27. — Autres maladies : M. 59, F. 42, T. 101. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 5, F. 5, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 59, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 17, illégitimes, 12. Total : 29. — *Sexe féminin* : légitimes, 20, illégitimes, 10, Total : 30.

CONCOURS D'AGRÉGATION D'ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE. — Candidats admis à prendre part à ce concours qui doit s'ouvrir le 13 mai prochain : ANATOMIE. *Paris* : MM. Branca, Cunéo, Fredet, Rieffel et Wiart. *Bor-*

deaux : MM. Cavalié, Gente et Lafite-Dupont. *Lille* : MM. Gérard et Mariau. *Lyon* : MM. Bonne et Regaud. — PHYSIOLOGIE. *Montpellier* : MM. Lefeuvre et Poujol. — HISTOIRE NATURELLE. *Paris* : M. Guiart.

CONCOURS D'AGRÉGATION DE PHYSIQUE, CHIMIE ET PHARMACIE. — Candidats admis à prendre part à ce concours qui doit s'ouvrir le 13 mai prochain : PHYSIQUE. *Toulouse* : M. Cluzet. — CHIMIE. *Bordeaux* : M. Benech. *Toulouse* : MM. Aloy et Laborde. — PHARMACIE. *Paris* : MM. Chevalier, Fiquet, Joanin, Pottevin, Richaud et Schmitt. *Bordeaux* : M. Dupouy. *Lille* : M. Vallée. *Toulouse* : M. Ribaut.

CONCOURS POUR L'ADJUVAT. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le 13 mai 1901. Tous les élèves-docteurs de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 4 mai.

ASILE DE VILLEJUIF. — *Laboratoire de psychologie expérimentale.* — M. le Dr TOULOUSE, directeur du laboratoire, médecin en chef de l'asile de Villejuif, commencera, le mercredi 24 avril 1901, à 3 heures, son cours sur les *méthodes de mesures dans l'examen psychologique* et le continuera les mercredis à la même heure. M. Vaschide, chef des travaux du laboratoire, exercera les élèves, les lundis et les samedis à deux heures, aux manipulations de psychologie expérimentale. M. le Dr Antheaume, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine, fera, à l'issue du cours, des *Démonstrations cliniques.* Des conférences complémentaires, accompagnées de travaux pratiques, auront lieu sur les matières suivantes : *Psychiatrie* : MM. les Dr A. Marie et Pactet, médecins en chef de l'asile de Villejuif. *Anthropologie* : M. le Dr Blin, médecin en chef de l'asile de Vaucluse. *Histologie du système nerveux* : M. le Dr Marchand, médecin adjoint des asiles. *Electro-diagnostic* : M. le Dr A. Vigouroux, médecin en chef de l'asile de Vaucluse. *Chimie physiologique* : M. Requier, pharmacien en chef de l'asile de Villejuif. *Examen de la vision* : M. le Dr Carra. *Examen de l'audition* : M. le Dr Mahu. Pour prendre part à ces travaux, s'adresser au laboratoire.

NÉCROLOGIE. — L'*Union médicale du Nord-Est* du 15 avril, annonce la mort, à l'âge de 32 ans, du Dr MERIEUX, qui exerçait la médecine à Asfeld (Ardennes). — M. le Dr BLANC (de la Bachellerie, Dordogne). — M. le Dr CLOCHEPIN (de Paris). — M. le Dr PERRET (de Lyon). — M. le Dr FIOUPE (de Marseille). — Le Pr G. BIZZOZERO, le grand histologiste italien, professeur de pathologie générale à la Faculté de Médecine de Turin, sénateur du royaume d'Italie, vient de mourir. Sa perte sera vivement ressentie dans tout le monde savant où Bizzozero occupait un des premiers rangs et où il laissera d'unanimes regrets.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain.

THOMAS (F.). — La suggestion (son rôle dans l'éducation). In-18 de 148 pages. Prix . . . . 2 fr. 50

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille.

BÉCLÈRE (A.). — Les rayons de Rontgen et le diagnostic des affections thoraciques. In-8 cartonné de 93 pages, avec 10 figures. Prix . . . . 1 fr. 50

CLAUDE (H.) et BALTHAZARD. — La cryoscopie des urines. In-16 cartonné de 95 pages, avec 21 figures. Prix. . . . 1 fr. 50

GARNIER (P.) et COLOLIAN (P.). — Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses. (Hygiène et prophylaxie.) In-8 de XVI-486 pages. Prix. . . . . 7 fr.

JULLIEN (L.). — Hérédo-syphilis. — Descendance des hérédo-syphilitiques. In-8 de 96 pages.

MERCIER (G.). — Guide pratique pour l'analyse des urines, 3e édition. In-16 cartonné de 207 pages, avec 44 figures et 4 planches en couleur. Prix . . . . 4 fr.

Librairie O. DOIN,
8, place de l'Odéon.

POUCHET (G.). — Leçons de pharmaco-dynamie et de matière médicale. 2e série : HYPNOTIQUES (sulfonal, trional, hydrate d'amylène, paraldéhyde, uréthane) ; MODIFICATEURS INTELLECTUELS (alcool, opium, chanvre indien). In-8 de 888 pages, avec 56 figures. Prix. . . . . 16 fr.

ANNUAIRE CIVIL ET MILITAIRE. — Médecine et pharmacie françaises (2e année, 1901). In-8 cartonné de 640 pages. — Paris. — *Société générale des infirmiers et infirmières de Paris.*

BAUDOUIN (M.). — Femmes médecins d'autrefois. In-12 de 263 pages. — Prix : 5 fr. — Institut international de Bibliographie.

BOUSQUET et BIDE. — Ville Saint-Amable : Maison de santé chirurgicale. In-8 de 18 pages, avec 7 figures. — Montluçon, 1900. — Imprimerie du *Centre médical.*

COSTA PINTO (J.-A.). — A graphologio em medicina legal. In-8 de XII-162 pages. — Bahia, 1900. — Typ. e Encadermação. — Empreza Editora.

CZESLAW STANKIEWICZ. — Du traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds. In-8 de 7 pages. — Paris. 1900. — Imprimerie F. Levé.

HENROTAY. — Sur l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes. Six cas suivis de guérison. In-8 de 12 p. — Bruxelles, 1901. — Librairie Bulens.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 17. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 27 AVRIL 1901.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Un cas d'affection familiale à symptômes cérébro-spinaux : diplégie spasmodique infantile et idiotie chez deux frères ; — Atrophie du cervelet ;

PAR **BOURNEVILLE** ET **CROUZON** (1).

Des travaux récents ont attiré l'attention sur les *affections familiales* du système nerveux. Depuis le travail de Freud sur les formes héréditaires des diplégies cérébrales publié en 1893, on a vu successivement paraître en 1896 le travail de Sachs sur l'*idiotie amaurotique familiale* ; en 1898 la thèse de Lorrain sur la *paraplégie spasmodique familiale* : en janvier 1900 le travail de Trénel relatant un cas de maladie familiale à symptômes cérébraux et médullaires caractérisée par des troubles psychiques périodiques, de la démence et une parésie spasmodique : en avril 1900, la thèse de Mlle Pesker contenant les observations de deux frères, Thir..., malades de notre service, atteints d'une affection spasmodique rappelant un peu la sclérose en plaques ? et complétée par l'étude histologique du système nerveux de l'un des deux, faite dans le laboratoire de M. P. Marie; enfin le travail de Cestan et Juillain paru dans la *Revue de médecine* d'octobre 1900, relatant l'histoire pathologique de deux familles, atteintes l'une de *paraplégie spasmodique*, l'autre de *sclérose en plaques*. Les deux observations qui suivent sont celles de deux frères atteints de *diplégie spasmodique*. Nous avons pu faire l'autopsie de l'un d'eux (2).

SOMMAIRE. — *Père et mère bien portants, non alcooliques, non syphilitiques; aucune tare nerveuse. — Une cousine germaine maternelle du père a été hémiplégique. — Une cousine éloignée paternelle de la mère, épileptique. — Sur dix grossesses, trois fausses couches, cinq enfants bien portants et nos deux malades. — L'aîné aurait eu la rougeole à 18 mois, et il semble que sa maladie ait débuté à ce moment. — Pour le second, la mère fait une chute de voiture huit jours avant l'accouchement. Convulsions à dix-huit mois (?).*

État actuel. Nystagmus chez les deux malades. Strabisme divergent chez l'un; convergent chez l'autre. — Chez les deux malades, paralysie avec contracture des quatre membres. Exagération des réflexes. — Chez les deux malades, idiotie profonde.

AUTOPSIE *de l'aîné. — Congestion du poumon gauche. Les autres viscères sont normaux. — Aspect général de l'encéphale arrondi. Atrophie du cervelet et du pont de Varole Dans la moelle, diminution des fibres des faisceaux pyramidaux.*

Les enfants Lecl....., Edouard-René et André-Eugène, nés à Vitry-sur-Seine, le premier le 6 juillet 1883, le second le 7 octobre 1886, entrent à Bicêtre le 22 juin 1897, âgés l'un de 13 ans, l'autre de 10 ans, sur des certificats de M. Magnan les déclarant atteints, le premier d'*idiotie, gâtisme, paraplégie* avec légère *contracture*, le second d'*idiotie, gâtisme* et *paraplégie*.

Antécédents héréditaires. — (*Fournis par le grand-père maternel et par la mère*). — PÈRE, 43 ans, fait le commerce de volailles, beurre et œufs, est sobre, ne fume pas, est bien portant et bien constitué. Il n'a pas eu de convulsions; marié à 23 ans; pas d'indices de syphilis. — [*Père*, mort à 71 ans, subitement, d'une maladie de cœur, était sobre, n'avait pas eu de maladie de peau. — *Mère*, âgée de 71 à 72 ans, bien portante, sans accidents nerveux, sobre, laborieuse Pas de renseignements sur les *grand'parents paternels*. — Les *grand'parents maternels* sont morts vieux. — Deux *oncles paternels* : l'un, qui *buvait* un peu est mort d'une fluxion de poitrine, l'autre est en bonne santé. Il en serait de même de ses enfants et de ceux du précédent. — Une *tante paternelle* morte âgée. — On ne sait rien des *oncles et tantes maternels*. — Un *frère*, mort à 5 ou 6 ans, on ne sait de quoi. — Deux *sœurs* mariées avec les deux frères, sans accidents nerveux : l'une a deux enfants bien portants, l'autre a eu un enfant mort du croup. — Une *cousine germaine maternelle* âgée de plus de 60 ans, a été prise d'une *hémiplégie* avec *aphasie* à la suite d'une vive frayeur. — Rien à noter dans le reste de la famille.]

MÈRE, 38 ans, très calme, n'a jamais eu d'accidents nerveux sauf quelquefois des douleurs de tête: pas de maladie de peau, a reçu une certaine éducation, a obtenu son certificat d'études, s'est mariée à 18 ans — (*Père*, celui qui nous ren-

(1) Cette observation, avec les pièces et les photographies, a été présentée à la section de psychiatrie du Congrès international de médecine de 1900.

(2) Voir sur les affections familiales : Bourneville, *Une famille d'idiots* (Archives des maladies mentales et nerveuses, 1861, p. 289). — Bourneville et Séglas, *Familles d'idiots* (Compte rendu de Bicêtre pour 1886, p. 3).

seigne, âgé de 67 ans, bien conservé, n'a pas eu de maladies de peau, ni de maladies vénériennes, sobre, a été soldat, s'est marié à 29 ans. — *Mère*, morte en 1893, à 56 ans, d'une affection du cœur, n'a jamais eu d'accidents nerveux, a toujours été sobre. — *Grand-père paternel*, cultivateur, sobre; est mort à 72 ans, usé par le travail. — *Grand'mère paternelle*, morte à 77 ans de vieillesse, n'avait jamais eu de maladie nerveuse, sobre. — *Grand-père paternel*, mort à 85 ans de vieillesse, cultivateur, sobre. — *Grand'mère paternelle* est morte jeune, on ne sait de quoi. — « Mon *grand-père paternel* s'est marié trois fois, la troisième fois à 27 ans. » — *Grand-père maternel*, mort jeune. — *Grand'mère*, morte à 86 ans de vieillesse avec toutes ses facultés. — Pas de *grands-oncles paternels*. — Deux *grand'tantes* (pas de la même mère), l'une morte à 78 ans, l'autre à 75 ou 76 ans. — Un *grand-oncle* et une *grand'tante maternels*, rien. — Deux *grand-oncles paternels* : l'aîné a 75 ans, bien portant, a deux filles mariées, sans enfants, en bonne santé; l'autre est mort il y a 3 mois, à 64 ans, sans accidents nerveux, avait trois de ses quatre enfants bien portants ; pas de convulsions. Le quatrième enfant, une fille, est devenue *épileptique* après une vive frayeur ; elle s'est néanmoins mariée et a eu un enfant mort en venant au monde. — Une *tante paternelle*, usée par le travail à 69 ans, pas d'accidents nerveux. Elle a eu un fils qui faisait des *excès de boisson* et est mort d'une fluxion de poitrine ; ses enfants n'ont pas d'accidents nerveux. — Deux *sœurs*: l'aînée, âgée de 30 ans et demi, sans accidents nerveux, a eu deux enfants : une fille morte du croup, pas de convulsions, l'autre, garçon, âgé de 8 ans, pas de convulsions, intelligent ; la deuxième *sœur*, intelligente, pas de convulsions, a un enfant turbulent, entêté, qui n'a pas eu de convulsions. — Un *frère*, âgé de 21 ans, célibataire, n'a pas eu de convulsions, sobre. Dans le reste de la famille, pas d'idiots, pas d'épileptiques, d'aliénés. Un *sourd-muet* cousin à la quatrième génération, décédé vers 30 ans, ne s'était pas marié.]

Pas de consanguité. Différence d'âge de 5 ans entre les deux époux. (Père plus âgé.)

Sept *enfants* et trois fausses couches : 1° Une fausse couche à deux mois, sans cause connue ; — 2° René ; — 3° fille, 15 ans, en bonne santé, intelligente, pas de convulsions ; — 4° André ; — 5° une fille de 12 ans, forte, intelligente, pas de convulsions, un peu nerveuse, apprend facilement ; — 6° un garçon, 4 ans, normal, sans convulsions ; — 7° un garçon, intelligent, pas de convulsions ; — 8° une fausse couche ; — 9° une fausse couche ; — 10° garçon, se porte bien, pas de convulsions.

Histoire de nos malades.

René et André.

Conception : Les parents vivaient en bonne intelligence et étaient en bonne santé.

René.	*André.*
Grossesse : bonne, pas d'ennuis, pas d'envies. Deux ou trois *faiblesses*. Ni émotions, ni chutes. Mouvements à 4 mois, normaux.	Mouvements à 4 mois ; rien de particulier. Chute de voiture huit jours avant l'accouchement; pas d'émotion après l'accident.
Accouchement : à terme, naturel. Douleurs pendant deux heures. Présentation de la tête.	A eu lieu peut-être quelques jours *avant terme*. Douleurs pendant 2 heures, naturel ; même présentation.
Naissance : Pas d'asphyxie, pas de circulaire du cordon; a crié de suite. Non pesé, mais était tout petit.	Pas d'asphyxie, a crié de suite ; pas de circulaire du cordon. Était plus gros que René.
Elevé au sein par sa mère jusqu'à 9 mois, époque où elle est devenue enceinte du suivant. Nourri ensuite au lait de vache. A bien pris le sein ; non criard.	Elevé au sein jusqu'à 5 ou 6 mois, puis au sein et au biberon (lait de vache). Prise régulière du sein : non criard.
Première dent à un an. — Dentition complète à ?	Première dent vers un an. Dentition complète à ?
N'a jamais été tout à fait propre ; toutefois vers 18 mois demandait : *caca*, est redevenu malpropre après une rougeole très forte à 18 mois : pendant une nuit il ne reconnaissait personne.	N'a jamais été propre même momentanément.
Commençait à marcher quand il a eu la rougeole : après, il a cessé tout à fait.	N'a jamais marché.
Pas de convulsions, ni à la rougeole, ni avant, ni après.	Vers 18 mois aurait eu des *convulsions*, en l'absence de sa mère qui ne peut en dire la durée. Elles ne se seraient jamais reproduites. De 3 à 5 ou 6 ans, aurait eu des « pâmoisons précédées de cris, se roidissant quand il était contrarié, perdait connaissance, devenait noir. »
Parole : répétait quelques mots jusqu'à sa rougeole : papa, maman, caca. Avait sa connaissance, reconnaissait tout le monde et les reconnaîtrait encore.	Aurait dit papa, maman, mais avec difficulté. N'aurait jamais dit autant de mots que René. Reconnaissait sa mère, attendu qu'il ne voulait manger qu'avec elle.
Ne *louchait* pas, quand il était petit : ses yeux se seraient tournés vers deux ans.	A les yeux un peu *déviés* en bas, on ne sait depuis quand.
Parfois il a des *secousses* dans les membres et de la rotation des yeux. Ces secousses revenaient presque tous les jours et se montraient surtout quand il voulait quelque chose et qu'on ne le comprenait pas. Il n'a jamais eu de perte de connaissance.	Aurait eu aussi des mouvements nerveux.
Les jambes seraient devenues raides et comme ankylosées, *après la rougeole*, sans qu'il y ait eu de convulsions à ce moment. Il avait alors 16 ou 18 mois, s'essayait à marcher avec les chaises ; il se tenait à peu près bien. Après la rougeole, il se tenait très mal. Les bras sont devenus contracturés vers la même époque que les jambes, c'est-à-dire après la rougeole.	Les jambes seraient devenues raides vers 3 ans. On ne se rappelle pas vers quelle époque il a eu les bras raides.
Cou sans raideur. Tient sa tête assez droite.	Cou raide, tête toujours penchée.
Prend les objets dans ses mains; porte le pain et les gâteaux à sa bouche. Les mouvements de ses mains sont assez sûrs. Ne tire la langue que lors de ses secousses.	Préhension un peu moins bonne. Fait de grands mouvements avant de saisir un objet, et quand il l'a saisi le crispe entre ses doigts. A des mouvements nerveux des mains, de la face et des orteils, qui se crispent. Tire la langue souvent.
Bave, grince des dents, seulement depuis sa rougeole ; se cogne fréquemment le derrière de la tête	Bave, grince des dents. Se cogne la tête moins souvent que son frère



René.	*André.*
Se met souvent en colère a souvent des accès de fou rire, sans motif. — Pas de balancement. — A eu des grimaces de la face, qui tendent à disparaître. — Pas de cris.	Se met en colère moins souvent que son frère. — A des accès de rire fréquents. Pas de balancement. Fait des grimaces qu'il accompagne d'un petit cri.
Reconnaissait ses parents, quittant tout le monde pour caresser sa mère et surtout son père.	Reconnaissait sa mère même de la voix, sans la voir.
Mâche assez bien. — Bon appétit : mange de tout ; pas de vomissements, constipation. Bonne santé physique. Sommeil tranquille.	Mâche assez bien. Appétit bon, mange de tout : pas de vomissements : selles régulières, quelquefois diarrhéiques. Bonne santé physique. Sommeil tranquille.
Maladies infectieuses : Rougeole à 18 mois. Pas de coqueluche. Une ophtalmie légère vers un an. Une bronchite avant la rougeole.	*Maladies infectieuses :* Rougeole à 18 mois, coqueluche à 3 ans 1/2.

Fig. 29. — René. André.
Juillet 1897.

Pas de varioloïde, de scarlatine, de fièvre muqueuse, d'angine grave, de vers, d'onanisme, de chutes sur la tête, de gourme, d'otite, d'adénite, d'abcès ni de fractures.

On ne sait à quoi attribuer la maladie des deux enfants. Les parents ont vu M. Charcot qui n'a pas donné de diagnostic précis et a ordonné du bromure, du phosphate de chaux et des bains. Ils ont vu aussi M. Jules Simon, M. Lannelongue qui n'a vu aucune indication opératoire.

État des enfants Lecl..., *le 26 juin* 1897.

René.	*André.*
État général satisfaisant, malgré une maigreur assez prononcée.	État général assez médiocre : maigreur et pâleur prononcées.
Crâne de volume moyen, asymétrique ; moitié droite plus saillante et déjetée en avant de telle sorte que le grand axe est oblique d'avant en arrière et de droite à gauche. Front étroit et fuyant sur les côtés (pas de persistance des fontanelles). Toute la moitié droite de la face paraît plus saillante que la gauche.	*Crâne* asymétrique : la région pariétale droite et la région occipitale gauche font saillie, de telle sorte que le grand axe se dirige d'avant en arrière et de droite à gauche. *Front* étroit et fuyant : son plan prolonge le plan du visage qui est incliné en arrière. Un épi dans la région frontale antérieure.
Oreilles grandes et très écartées.	*Oreilles*, mêmes caractères.
Yeux assez mobiles : *strabisme* convergent, intermittent, plus marqué à l'œil droit. Pas d'exophtalmie, léger *nystagmus*. Pupilles égales et symétriques, ne paraissent pas réagir à l'accommodation : la réaction à la lumière persiste. L'examen du fond de l'œil n'a pas été pratiqué.	*Yeux* présentent un léger *nystagmus*. Pas d'autre trouble de la motilité. Les pupilles réagissent à la lumière. La réaction à l'accommodation ne peut être constatée. Léger *strabisme* divergent.



Fig. 30. — René. André.
Juillet 1897.

René.	*André.*
Thorax mal conformé, sans qu'il y ait de saillie rachitique, ni de déviation de la colonne vertébrale. La moitié gauche fait une saillie plus marquée que la droite.	*Thorax* mal conformé : cyphose assez marquée. Déformation ampullaire du sternum au niveau de l'appendice xiphoïde. Déviation légère à convexité gauche avec saillie des côtes gauches au niveau de la ligne axillaire.
Testicules assez difficiles à trouver, gros comme un grain de blé.	Mêmes caractères.
Membres supérieurs maigres : avant-bras en flexion	*Membres supérieurs* grêles, les bras écartés du tronc

René.	André.
permanente avec pronation sur le bras. Les mouvements spontanés sont peu étendus et paraissent surtout se passer dans l'articulation de l'épaule. L'enfant ne peut ni s'habiller, ni se donner les soins usuels de propreté. Il peut tendre les bras aux personnes qui s'approchent de lui.	l'avant-bras fléchi sur le bras, les mains en pronation. Les mouvements spontanés sont peu étendus; le malade est à peu près inerte. Il ne peut pas manger, ni s'habiller seul.
Les mouvements provoqués sont limités : dans l'articulation de l'épaule, il y a une certaine résistance dans la production des mouvements de flexion et d'extension. Dans le coude qui est en demi-flexion, la flexion plus prononcée s'obtient facilement, mais il y a une résistance énergique à l'extension complète, surtout à gauche. L'articulation du poignet est normalement mobile.	Les mouvements provoqués révèlent une certaine résistance au niveau des coudes et quand on arrive à l'extension complète, on perçoit à droite quelques craquements.
Membres inférieurs. L'enfant ne peut se tenir debout. Il reste généralement assis sur une chaise. La cuisse est légèrement fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse; les genoux se touchent et les jambes s'écartent très légèrement en dehors. Les pieds sont en valgus très prononcé des deux côtés, les orteils sont en *crochet*.	Les *membres inférieurs* sont grêles; le malade étant suspendu aux bras de l'infirmière, les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses. Les pieds sont en équin très accusé; les genoux font saillie en dedans et se touchent
Les *mouvements spontanés* n'existent pas ou peu.	Les *mouvements spontanés* sont nuls : il ne peut se tenir debout
Les *mouvements provoqués* sont à peu près tous possibles, mais avec une certaine résistance dans l'articulation de la hanche : l'abduction parait être le mouvement le plus limité. On peut obtenir la flexion complète des genoux, mais l'extension est arrêtée par la contracture des fléchisseurs dont on sent la corde saillante. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont très limités.	Les *mouvements provoqués* sont limités : on obtient assez facilement la flexion et l'extension de la hanche, mais difficilement l'abduction. Dans le genou, on obtient facilement la flexion complète, mais les tendons contracturés opposent une énergique résistance à l'extension. Dans les pieds, les mouvements sont très limités et on ne peut redresser le pied bot.
Les *réflexes* sont légèrement exagérés	Les *réflexes* du poignet et rotulien sont exagérés. Pas de clonus du pied.
La *sensibilité* n'a pu être étudiée avec précision.	La *sensibilité* à la douleur existe partout.
Le malade gâte jour et nuit.	Le malade est grand gâteux.
Il est *idiot complet*, ne prononce aucun mot, regarde à peine quand on l'appelle, cependant si on lui tend du pain il le saisit. Ne reconnait ni les odeurs ni les substances sapides. Entend bien et voit bien. Il a un tic : ouvre la bouche et la referme aussitôt sans proférer aucun son. Son facies est dénué de toute expression. Son caractère est triste, mais affectueux.	Il est *idiot complet*; son facies est dénué d'expression, ses yeux regardent toujours dans le vague, il ne dit aucun mot et ne comprend rien.

1899. 12 *décembre*. — L'état de René ne s'est en rien modifié depuis l'entrée. Il cesse, ce jour, de se laisser nourrir. Le 13 décembre, on ne peut davantage l'alimenter : il est pâle, a les mains, les bras, les pieds violacés et glacés et meurt dans cet état sans jeter une plainte, ni tousser, ni faire aucun mouvement. La température prise aussitôt après la mort était de 34°4.



Fig. 3. — [illegible] René en juin 189[illegible]

Autopsie faite le 15 *décembre* 1899. — *Cadavre* assez gras.

Tête. — Le *cuir chevelu* est maigre et pâle, sans ecchymoses. Les os *du crâne* sont moyennement épais, peu durs et offrent des plaques transparentes. Les sutures persistent. — Quelques légères adhérences de la *dure-mère* au niveau de la scissure inter-hémisphérique. — A la *base du crâne*, les différentes fosses et crêtes sont sensiblement symétriques. L'apophyse crista galli est mince, mousse. Le trou occipital n'offre rien de particulier. Les apophyses clinoïdes sont effacées. La *glande pinéale* est d'aspect normal ; il en est de même du *corps pituitaire*. — Les *nerfs*, les *tubercules mamillaires*, etc., sont égaux et symétriques. Le *liquide céphalo-rachidien* est en petite quantité.

Encéphale. — La forme générale de l'encéphale est un peu modifiée. La longueur de l'hémisphère mesurée au niveau du grand axe fronto-occipital est de 121 mm. (Sur un cerveau d'enfant de 16 ans normal, cette longueur est d'environ 157 mm.). La largeur de l'encéphale est normale : elle est de 62 mm. sur notre encéphale et de 61 mm. sur le cerveau normal que nous avons pris comme point de comparaison. Il s'ensuit que l'encéphale a un aspect arrondi et non allongé. — Au niveau de la face inférieure de l'encéphale, on remarque encore la *gracilité* du *chiasma*, des *nerfs* et des *bandelettes optiques*, sans modification de couleur.

Les deux hémisphères étant séparés, le *corps calleux* apparait avec ses dimensions habituelles : il mesure dans le plus

grand axe [illegible] millimètres, alors que sur le cerveau de comparaison il mesure 62 millimètres.

Hémisphère droit. — *Face externe.* — Les circonvolutions sont assez volumineuses; elles ne présentent aucune anomalie dans aucune des régions.

Face interne. — Rien d'anormal à noter.

Face inférieure. — La circonvolution fusiforme et la circonvolution de l'hippocampe, particulièrement l'uncus paraissent plus volumineux que les autres circonvolutions. En résumé, rien de spécial sur la morphologie de l'hémisphère droit. Il n'y a à signaler en plus que quelques adhérences de la *pie-mère*, au niveau des circonvolutions pariétales et frontales.

de 8 millimètres. Le *pont de Varole* est très diminué de hauteur, 15 millimètres au lieu de 24 millimètres. La largeur des pédoncules immédiatement au-dessus de la protubérance est aussi au-dessous de la normale, 17 millimètres au lieu de 21 millimètres.

La *moelle* est d'aspect un peu grêle. — L'*examen histologique* en a été pratiqué. Après avoir été chromée, elle a été colorée suivant la méthode de Weigert, et suivant la méthode de de Pal avec surcoloration à la cochenille. Au niveau du renflement cervical, on trouve une légère dilatation du canal de l'épendyme. La substance grise est normale. Il y a une diminution des fibres sans sclérose dans le cordon antérieur, au

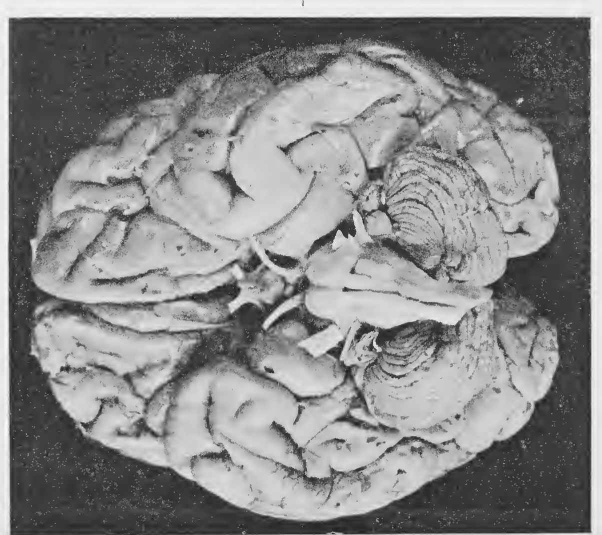


Fig. [illegible]

Hémisphère gauche. — Sur la face interne et la face externe, morphologie normale. Quelques adhérences de la *pie-mère* analogues à celles de l'hémisphère droit. Au niveau de la face inférieure, on remarque comme à droite le volume un peu considérable des circonvolutions temporo-occipitales.

Cervelet. — Le *cervelet* est nettement a*trophié* dans sa totalité · les hémisphères, le vermis, les lobules pneumogastriques sont très proportionnellement diminués de volume. Le grand axe transversal du cervelet est de 75 millimètres (sur le cerveau de comparaison, il est de 103 millimètres). Le diamètre maximum de l'hémisphère gauche mesuré depuis le cap bordant l'incisure postérieure et passant par le point culminant de la face inférieure est de 42 millimètres. Sur le cervelet normal, il est de 64 millimètres. — Pour l'hémisphère droit il est de 44 millimètres sur notre cervelet et de 53 sur le cervelet normal.

Le *bulbe* a gardé un volume normal, les olives sont saillantes, leur longueur est à peu près normale, 14 millimètres au lieu de 16 millimètres. La largeur est de 5 millimètres au lieu

niveau du faisceau pyramidal direct mais surtout dans le cordon latéral au niveau du faisceau pyramidal croisé. Il y a conservation de fibres dans le faisceau de Gowers, dans le faisceau cérébelleux et dans une zone formant bordure de la substance blanche à la périphérie de la moelle. Légère diminution du nombre des fibres dans la partie antérieure du cordon postérieur. Au niveau de la 6e dorsale, même disposition des lésions. Au niveau du renflement lombaire, les seules modifications sont les suivantes: il n'y a plus d'apparence de conservation des fibres dans la zone bordante du cordon latéral ni dans le faisceau cérébelleux.

Réflexions. — I. La juxtaposition des deux observations des frères Lecl... a un double intérêt : *clinique* et *anatomique*.

I° L'*intérêt clinique* réside dans la similitude des affections dont étaient atteints les deux frères : ils pré-

sentaient tous deux les symptômes cérébro-spinaux qui caractérisent la *diplégie spasmodique cérébrale infantile*. Tous deux étaient atteints d'*idiotie complète*. La première question qui se posait était de savoir s'il s'agissait là d'une affection familiale. Suivant Pauly et Bonne, pour mériter ce qualificatif, une affection doit : *a)* atteindre, sans changer de formes, plusieurs enfants d'une même génération ; — *b)* débuter à peu près au même âge chez tous les enfants de cette génération : — *c)* être cliniquement indépendante de toute influence extérieure, d'une affection acquise ou d'un accident de la vie intra-utérine ; — *d)* ces caractères doivent constituer la règle et non l'exception. Dans le double cas que nous présentons, il y a, à côté de nos deux malades, cinq enfants qui n'ont eu aucune affection semblable. De plus, si nous pouvons à peu près affirmer l'absence de syphilis et l'absence de traumatisme obstétrical, nous ne pouvons être certains de l'absence de convulsions ni d'infection méningitique. Celui de nos enfants qui est mort a eu la rougeole dont l'influence sur la maladie nous paraît douteuse. Aussi croyons-nous pouvoir conclure à la nature familiale de l'affection.

2° L'*intérêt anatomique* de l'autopsie de René Lecl... réside dans l'*atrophie cérébelleuse* que nous avons constatée. L'atrophie cérébelleuse est rare : Tous les cas observés sont rapportés dans la thèse de Thomas et le nombre des atrophies bilatérales est de 28. Dans ce nombre, certains cas ont été des trouvailles d'autopsie chez des gens déjà avancés en âge, les autres ont été révélés cliniquement par l'apparition de symptômes cérébelleux plus ou moins nets, trois cas enfin semblent se rapprocher du nôtre et dater de l'enfance. C'est le cas de Duguet, observé chez un enfant de 17 ans qui avait présenté uniquement des troubles de la parole, et dont une sœur était idiote ; c'est le cas de Spiller chez un jeune homme de 19 ans qui avait présenté des troubles de la parole, du strabisme interne et quelques troubles de la motilité des membres inférieurs. Enfin c'est le cas de Combettes qui consiste en une absence complète du cervelet chez une enfant morte à 11 ans et qui avait présenté aussi des troubles moteurs des membres inférieurs et des troubles de la parole.

II. Nous ne croyons pas que l'atrophie cérébelleuse dans notre cas suffise à expliquer la symptomatologie de l'affection : dans la moelle, en effet, la dégénérescence occupe les faisceaux pyramidaux. Nous ne voulons donc pas établir un lien nécessaire entre cette atrophie cérébelleuse et l'affection familiale. Nous ne sommes point autorisés à affirmer que nous trouverons une atrophie cérébelleuse à l'autopsie d'André Lecl... et dans cette hypothèse quelle sera la caractéristique anatomique de son affection? Mais il est permis actuellement de le supposer et il est intéressant de juxtaposer aujourd'hui l'observation clinique d'André Lecl... encore vivant à l'observation anatomo-clinique de son frère René. (Voir les Pl. I. II et III.

III. Au point de vue de l'*hérédité*, nous trouvons, du *côté paternel*, un oncle *buveur*, une cousine *hémiplégique*, et du *côté maternel*, une petite cousine *épileptique*, un cousin *alcoolique*, et un autre, d'un degré très éloigné, *sourd-muet*. En somme, hérédité peu chargée.

IV. Mentionnons l'*hypothermie* très notable (34°,4) que l'autopsie n'a pas expliquée. Nous avons observé le même phénomène chez d'autres idiots, qui étaient *cachectiques*. Or, tel n'était pas le cas ici, car le *poids* après décès était de 19 kil. 800, c'est-à-dire supérieur à celui qui avait été constaté six mois plus tôt.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours de médecine légale : M. le Pr Brouardel.

Le vendredi 19 avril, à 4 heures du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, M. le Pr Brouardel a inauguré son cours de médecine légale.

Avec cette éloquence simple et facile, cette clarté et cette précision qui font le charme de son enseignement, M. Brouardel a abordé l'étude des *empoisonnements*. Le sujet est délicat et, comme toujours, M. Brouardel a invité à une extrême prudence les futurs médecins légistes. Pour pouvoir donner un avis en toxicologie, il faut être un grand chimiste ; pour conclure sur des lésions révélées par l'autopsie, il faut que l'ouverture du corps ait été faite de suite après la mort, ce qui est exceptionnel. La putréfaction détermine des altérations granulo-graisseuses des tissus qui empêchent de pouvoir constater les lésions dues aux toxiques minéraux ; quant aux toxiques végétaux, leur recherche est très souvent illusoire, plus de 1.200 ptomaïnes pouvant se former du fait de la décomposition d'un corps mort. Il faut donc être en garde contre toute sorte d'investigation. L'expérience, sur les animaux même, est particulièrement trompeuse, l'observation sur l'homme peut aussi être une cause d'erreur, car personne n'ignore les nombreuses et singulières idiosyncrasies.

Après cette leçon de prudence, M. Brouardel fait une rapide revue historique des empoisonnements. Il énumère les poisons employés autrefois en Egypte, en Grèce, à Rome, cite la fidèle description de Platon de l'empoisonnement de Socrate par la ciguë, arrive au moyen âge où les philtres amoureux et la mandragore firent de nombreuses victimes, parle des Borgia qui, sans doute avec l'aide de l'arsenic, se créèrent une si terrible légende. Mais c'est au XVIIe siècle que l'histoire relate la plus fameuse affaire de poisons, celle de la Brinvilliers sur laquelle M. Funck-Brentano a écrit un livre si intéressant. Cette criminelle monstrueuse qui allait expérimenter ses toxiques (arsenic et sublimé) dans les hôpitaux, sur des malades pauvres qu'elle paraissait combler de soins, fut d'abord l'objet d'exécration du public. Durant son procès, il y eut un revirement d'opinion et elle devint presque sympathique. Ces changements d'opinion sont fréquents et M. Brouardel qui, décidément, voulait, dans sa leçon, prêcher la prudence, montre de quel danger ils peuvent être pour le médecin-expert qui se laisse entraîner dans ses conclusions.

Cours d'Hygiène : M. le Pr Proust.

De nombreux auditeurs assistaient le jeudi 18 avril, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, au premier Cours d'hygiène de M. le Pr Proust.

Le Professeur avait choisi comme sujet, une question

de démographie passionnante à laquelle le dernier recensement donne un surcroît d'actualité. Il a étudié le faible accroissement de la population en France, par rapport à celle de l'Europe, depuis le XVIIIe siècle jusqu'à nos jours. Les applaudissements de l'auditoire ont prouvé au maître distingué que ce sujet intéressait vivement les assistants, malheureusement on a beau constater le mal, en déterminer les causes, on ne parvient pas à le guérir.

Conférences cliniques des maladies du système nerveux : M. le Dr Babinski.

Depuis quelques années, M. le Dr BABINSKI a fait de l'hôpital de la Pitié, un centre très fréquenté d'enseignement des maladies du système nerveux. Samedi matin, 20 avril, à 10 h. 1/4, il inaugurait ses conférences cliniques de 1901, dans une salle beaucoup trop petite pour permettre à tous les assistants de bénéficier de ces excellentes leçons.

M. le Dr Babinski a abordé d'emblée l'étude clinique d'un malade atteint d'amyotrophie du type Erb. Nous ne pouvons analyser le très soigneux examen séméiologique, que le distingué neurologiste a fait subir au malade, les conséquences diagnostiques et pronostiques qu'il en a tirées. M. Babinski, donne d'ailleurs à l'heure actuelle la première place à la séméiologie dans les recherches de neuropathologie. La pathogénie y reste encore trop souvent obscure et dans le cas présent, elle reste un problème non résolu, bien que M. Babinski soit convaincu de la réalité de l'hypothèse qui fait du type Erb, la conséquence d'une altération nerveuse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 avril. — PRÉSIDENCE DE M. RAILLET.

Cryoscopie des urines de nouveau-nés.

MM. LESNÉ et P. MERKLEN. — Le nourrisson bien portant émet des urines claires, puis denses, pauvres en éléments constituants; l'absence d'alimentation chlorurée rend compte de la faible teneur en chlorures. La densité est de — 0,25 en moyenne avant un mois et de — 0,41 entre un et deux mois.

Aux cours des gastro-entérites, les urines changent plus ou moins de caractères physiques et chimiques; elles deviennent hypertoxiques, les chlorures diminuant; dans les gastro-entérites aiguës graves, on trouve des moyennes de — 1,46 et 6,73 in NaCl. Dans les gastro-entérites subaiguës, des moyennes de 0,77 et 5,18 in NaCl. Dans les formes chroniques et bénignes, les différences avec la normale sont peu marquées. Les modifications coïncident donc avec la stase rénale qui accompagne les poussées aiguës.

Cytodiagnostic du kyste de l'ovaire et de la péritonite tuberculeuse.

MM. TUFFIER et MILIAN. — Cliniquement, grâce au cytodiagnostic, on peut différencier absolument les kystes de l'ovaire et la péritonite tuberculeuse dont le diagnostic est parfois si difficile. Dans la péritonite tuberculeuse à forme ascitique, le liquide contient des lymphocytes et le liquide du kyste présente une multitude de cellules différentes dont les plus caractéristiques sont de grosses cellules ovalaires ou rondes remplies de vacuoles et de cellules cylindriques dont l'un des pôles porte une touffe de cils vibratiles, les dernières ne sont pas constantes. L'examen direct sans colorations est la meilleure méthode qui convienne à cette étude.

Injections médicamenteuses par voie extra durale sacro-coccygienne.

M. SICARD. — A côté de l'espace sous-arachnoïdien existe un autre espace, celluloadipeux, situé entre la dure-mère et la paroi osseuse. Cet espace est facile à aborder par la voie sacro-coccygienne postérieure et les liquides injectés par cette voie, fusent facilement le long de différentes regions rachidiennes. Ils viennent baigner les trous nerveux qui traversent cette cavité extradurale. La dure-mère offre une barrière suffisante pour empêcher le passage de ces liquides dans la cavité sous-arachnoïdienne. Elle est d'une innocuité absolue, n'exige pas l'alitement et donne les mêmes résultats thérapeutiques ; elle donne l'analgésie des membres inférieurs.

Spores du bacille de Ducrey.

M. G. MARÉCHAL fait une communication sur la présence de spores dans les cultures du bacille de Ducrey.

M. GLEY fait le dosage de la glande thyroïde provenant d'un malade atteint de goitre exophtalmique ; elle contient dix fois moins d'iode que la glande normale.

M. MELLIÈRE précise la méthode hydrolitique de la recherche du plomb, qui se dissémine d'abord dans les organes avant de s'accumuler dans la substance nerveuse.

M. LAVERAN décrit un hématozoaire endoglobulaire observé dans le sang des chevaux du Transvaal.

M. LAVERAN a étudié plusieurs espèces de moustiques de pays à malaria (Madagascar, Tonkin), et a reconnu les diverses variétés d'*anopheles*.

M. KRONECKER (de Berne), examine les diverses méthodes de mensurations volumétriques du cœur et en montre les inexactitudes.

M. WALLER (de Londres) expose ses recherches sur l'action des diverses radiations lumineuses sur la chlorophylle.

M. WEISS décrit une méthode qui lui permet de mesurer des temps très courts d'excitation nerveuse. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 avril 1901.

Dystocie grave dans un utérus bicorne.

M. FOCHIER (de Lyon) signale un cas de rétention de la tête fœtale et du placenta dans l'angle d'un utérus bicorne. Ces dystocies ont dû souvent été mises sur le compte de la contracture de l'anneau de Bandl.

Sur l'extraction des projectiles logés dans l'encéphale.

MM. RÉMY (Paris) et PEUGNIEZ (Amiens), étudient cette extraction très facilitée en utilisant à la fois la radiographie et un appareil préhenseur monté sur la sonde de Trouvé. Les projectiles. tant qu'ils ne sont pas encapsulés de tissu conjonctif, se déplacent facilement au moindre contact. Les pressions avec l'aiguille exploratrice sont évitées grâce à l'appareil Trouvé.

M. LE DENTU présente un appareil de M. Contremoulin permettant d'étendre à tout le corps humain la méthode qu'il a préconisée pour la recherche radiographique des projectiles dans la boîte cranienne.

Appareil permettant aux aveugles d'écrire facilement.

M. JAVAL présente un appareil simple et ingénieux qui permet aux aveugles d'écrire facilement. M. Javal, devenu lui-même aveugle, a imaginé cet appareil ; c'est par lui qu'il a pu écrire le manuscrit de sa communication.

Traitement de la lèpre par l'ichtyol.

M. DE BUIN a obtenu de très bons effets de l'ichtyol à l'intérieur dans la lèpre tuberculeuse. Les effets sont moindres dans la lèpre nerveuse. Dans la première, les doses de 1 gramme par jour suffisent. Dans la seconde, on peut sans crainte débuter par 5 grammes. Un malade atteint de lèpre anesthésique, et qui prit cette dose dès le premier jour, n'en a été en aucune façon incommodé.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 avril 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Injections intra-rachidiennes de cocaïne.

M. Achard a traité avec succès par la cocaïnisation médulaire un zona abdomino-génital (injection de 0 gr. 02 de chlorydr. de cocaïne) un priapisme très douloureux au cours d'une myélite syphilitique (injection de 0 gr. 01).

M. Marie a obtenu avec M. Guillain, de bons résultats avec cinq milligrammes de cocaïne dans un lombago sacro-lombaire. Dans un cas de rhumatisme subaigu et de névralgie scapulaire, il a échoué avec la même dose.

Insuffisance du myocarde d'origine rhumatismale.

M. Merklen fait remarquer qu'au moment de la convalescence dans le rhumatisme articulaire aigu, il existe très fréquemment des signes d'insuffisance du cœur (dyspnée, palpitations, etc.). Ces signes se constatent quand le malade se lève et commence à faire des efforts. Au cours même de la maladie, on peut observer de l'asystolie.

Hémorragies hystériques.

M. Sainton présente une malade qui, à la suite d'une émotion légère fut atteinte d'hémorragie utérine assez abondante, plus tard sous des influences névropathiques elle fut atteinte d'hémorragies par l'oreille, le mamelon, la bouche et le nez. Toutes ces hémorragies sont annoncées par des signes prodromiques. Cette malade n'a aucune tare organique, elle n'a pas de grands stigmates hystériques, mais elle a de petits signes : anesthésie plantaire, phobies, crises nerveuses légères. Ces cas d'hémorragies par le mamelon sont très rares. Chipault en a relevé cinq dans la littérature et en a une fois constaté un. Dans le cas présent, l'hémorragie a lieu par les deux mamelons.

Zona et pneumonie.

M. Talamon signale la coexistence du zona et de la pneumonie. Des pneumocoques existaient dans les veines pustules d'un des cas qu'il a observés. M. Talamon admet l'hypothèse que dans certains cas le zona est une pneumococcie de la peau.

Eosinophilie dans l'appendicite.

M. Laignel-Lavastine a constaté dans le sang d'une malade atteinte de plusieurs poussées d'appendicite des eosinophiles en plus grand nombre durant les crises aiguës de la la maladie. Dans la fièvre typhoïde, dans l'entérite aiguë, dans les pelvi-péritonites annexielles, on ne trouve pas une eosinophilie aussi marquée. Après l'ablation de l'appendice malade, l'eosinophilie disparait.

M. Widal signale les difficultés de diagnostic dans quelques cas entre la fièvre typhoïde et l'appendicite.

Méningite cérébro-spinale ambulatoire.

MM. Sicard et Bressi ont observé un jeune malade chez lequel le diagnostic de grippe, de fièvre typhoïde et de méningite cérébro-spinale resta indécis. Une ponction lombaire permit de constater la méningite. Le liquide stérile montrait par la centrifugation d'abord de nombreux leucocytes polynucléaires, puis des lymphocytes. Ce malade, dont l'affection dura six semaines, ne se coucha pas durant 24 heures.

M. Debove pense qu'il ne faut pas admettre comme une entité morbide la méningite cérébro-spinale. Il croit qu'il existe des méningites cérébro-spinales de diverses sortes, comme des pleurésies. Il donne un exemple de méningite cérébro-spinale qu'il croit syphilitique.

Thyroïdite ourlienne.

M. Simonin rapporte un cas de thyroïdite au cours des oreillons ayant présenté des signes basedowiens (tachycardie, tremblement des mains). J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 avril 1901. — Présidence de M. Reclus.

M. Chauvel fait un rapport sur un petit travail du médecin-major M. Delamare, concernant la strabotomie parascléroticale, intervention que l'opérateur a pratiquée une douzaine de fois.

Corps étrangers du larynx.

M. Peyrot fait un rapport sur 3 cas de corps étrangers du larynx, observés par M. le Dr Moure (de Bordeaux) ; dans un cas il fait extraire le corps étranger par une thyrotomie médiane, dans un autre la malade l'expulsa spontanément à la suite d'une toux convulsive ; enfin dans un troisième cas, où il s'agissait d'une épingle à cheveux, elle fut extraite par les voies naturelles.

De la suture nerveuse.

M. Reynier a pratiqué, il y a dix ans, une suture nerveuse de la branche postérieure du nerf radial ; mais les mouvements ne sont revenus que 12 mois après l'intervention, fait qui concorde avec ce qu'enseigne la physiologie. Cependant ce point n'est pas exact quand il s'agit de gros nerfs que l'on peut suturer immédiatement ; dans ces cas les résultats immédiats sont le rétablissement immédiat des fonctions. A l'appui de ces faits, il rappelle 2 cas de section avec suture immédiate du sciatique poplité externe.

M. Quénu a toujours vu le rétablissement de la motilité revenir lentement quand la suture était tardive ; au contraire, dans les cas de suture immédiate, le rétablissement se fait dans un délai presque toujours le même ; dans 4 cas, la durée de la paralysie a été de 4 mois à 4 mois et demi ; dans ces cas il s'agissait du nerf radial. Quant aux faits de M. Reynier, M. Quénu ne pense pas que la suture immédiate d'un nerf puisse donner un rétablissement immédiat des fonctions ; cela est contraire à toutes les notions actuelles de la physiologie.

M. Routier apporte des exemples à l'appui de la critique que M. Quénu adresse à M. Reynier.

M. Poirier est absolument de l'avis de M. Quénu.

M. Delbet vient appuyer la thèse de M. Quénu, à savoir que la suture immédiate, n'est jamais suivie de rétablissement immédiat des fonctions motrices.

De la résection diaphysaire dans les fractures par coup de feu.

M. Delorme est d'avis que toute esquille adhérente doit être conservée ; or, dans les fractures par coup de feu, la plupart des esquilles sont adhérentes ; la résection diaphysaire primitive doit être rejetée de la chirurgie dans les fractures diaphysaires ouvertes, et en particulier dans les fractures par balle, il faut se contenter d'enlever les esquilles libres.

M. Chauvel appuie énergiquement les vues de M. Delorme.

De l'analgésie lombaire.

M. Chaput a pratiqué cette anesthésie 57 fois. Il y eut 35 anesthésies parfaites, 11 mi-parfaites, 5 nulles. L'influence du sexe lui parait importante, les insuccès sont plus fréquents chez la femme. La dose lui parait aussi de grande importance, puisque souvent, avec une dose faible. L'analgésie est montée plus haut qu'avec une dose forte. Les vomissements paraissent liés à la susceptibilité nerveuse. Schwartz.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 16 avril 1901.

M. P. Lereboullet fait une communication sur *un cas de cirrhose biliaire infantile anictérique.* Il rapporte l'observation d'un garçon de 16 ans atteint de cirrhose biliaire, ainsi que l'ont prouvé les lésions trouvées à l'autopsie, qui ne s'est pas accompagnée d'ictère cliniquement appréciable, et où la cholémie n'existait qu'à l'état d'ébauche. Quelques signes cliniques traduisaient néanmoins cette cholémie (prurit, somnolences, hémorragies). Cette cirrhose s'accompagnait d'une hypertrophie considérable du foie et de la rate, sans ascite, mais avec circulation veineuse notable, traduisant l'hypertension

portale, qui explique en partie les hémorragies gastro-intestinales abondantes présentées par le malade. L'affection hépatique avait entrainé un arrêt de développement des plus nets, l'enfant ayant cessé de grandir depuis le début de sa maladie, c'est-à-dire depuis l'âge de 12 ans; ses neuf frères et sœurs s'étaient au contraire normalement développés. L'enfant, qui présentait des accidents respiratoires pouvant faire penser à de la tuberculose, mourut avec une légère ascite due à une pyléphlébite terminale; l'autopsie, en même temps qu'elle révéla l'absence de toute tuberculose, montra, outre les lésions hépatiques et spléniques, une adénomégalie considérable, et un certain degré d'hypertrophie des reins et du pancréas.

L'examen histologique révéla des lésions de cirrhose biliaire évidentes, où l'on pouvait facilement saisir l'origine biliaire du processus scléreux. Ce cas de cirrhose biliaire anictérique, à l'évolution et au degré des lésions près, se rapproche des faits d'angiocholite anictérique déjà décrits par MM. Gilbert et Lereboullet.

M. Guinon, puis M. Variot, font successivement remarquer les difficultés du diagnostic dans les cas de ce genre et les différences d'interprétation auxquelles ils donnent lieu, et discutent quelques détails de l'observation.

M. Grancher exprime le regret que l'on n'ait pas pensé à faire, dans ce cas, l'épreuve par la tuberculine.

M. Appert, après avoir rappelé la communication récente de M. Variot sur la cryptorchidie et le traitement thyroïdien, apporte trois observations ayant trait au même sujet :

1° *Cryptorchidie, obésité, chez un garçon de 15 ans; traitement thyroïdien; guérison.* — Ce garçon, qui présentait des apparences eunuchoïdes très accentuées, n'était pas un cryptorchide abdominal, il avait seulement ses testicules retenus plus ou moins haut dans les trajets inguinaux. Il fut soumis à l'ingestion de corps thyroïde; la descente des testicules se fit après un mois de ce traitement, et, quelques mois plus tard, le jeune malade avait subi une transformation générale des plus satisfaisantes.

2° *Infantilisme; traitement thyroïdien; guérison.* — Il s'agissait, dans ce second cas, d'un jeune homme de 18 ans, non cryptorchide et non obèse, mais qui avait conservé un aspect et un caractère infantiles, et qui n'avait que l'apparence d'un enfant de 15 ans tout au plus. Après trois mois de traitement thyroïdien, une très notable transformation s'était faite dans son état, tant au point de vue du développement physique qu'au point de vue du développement intellectuel.

3° *Infantilisme supposé d'origine thyroïdienne; autopsie; examen histologique du corps thyroïde.* — Cette troisième observation a trait à un malade dont M. Brissaud a publié l'histoire dans ses leçons cliniques, et que M. Appert à récemment retrouvé et suivi pendant la dernière période de son existence. Ce malade s'était normalement développé jusqu'à l'âge de 8 ans; à cette époque, il eut une bronchite, à la suite de laquelle son développement s'arrêta définitivement, et il resta en état d'infantilisme jusqu'à sa mort, survenue à l'âge de 22 ans, par tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, le corps thyroïde ne présentait, en dehors de son faible volume, qui était celui d'un corps thyroïde d'enfant, aucune altération microscopique notable; les testicules également étaient restés infantiles; le corps pituitaire était normal, les capsules surrénales aussi.

Le présentateur conclut de ce dernier fait que le corps thyroïde n'est pas seul à mettre en cause dans la pathogénie de l'infantilisme. Inversement, les deux précédents prouvent l'heureuse influence du traitement thyroïdien dans les accidents dystrophiques d'origine cryptorchidienne et dans l'infantilisme sans cryptorchidie, et le premier montre qu'en cas de cryptorchidie, il y a lieu d'essayer ce traitement avant de recourir au traitement chirurgical. — Sur la proposition de M. Kirmisson, la Société inscrit à son ordre du jour la question de l'infantilisme et de son traitement.

M. Coudray lit un travail intitulé : *sur quelques points du traitement de l'ectopie testiculaire, ectopie abdominale en particulier.* M. Coudray relate deux observations relatives à l'ancienne méthode d'abaissement non sanglant, sans fixation du testicule au fond du scrotum. Dans la première, l'ectopie était iliaque et bilatérale chez un enfant de 11 ans. Le résultat confirmé depuis onze ans est très bon. Dans une seconde observation chez un enfant de 12 ans avec ectopie inguinale élevée, le résultat fut moins bon; il y a menace d'hydrocèle du conduit vagino-péritonéal. Une dernière observation est relative à une ectopie iliaque intra-pariétale sur un garçon de 15 ans; l'ectopie était fixe et compliquée d'accidents fort douloureux. Il fut impossible d'amener le testicule par une opération sanglante, à cause de la brièveté du canal déférent et des vaisseaux spermatiques. Ces observations semblent indiquer la nécessité d'interventions hâtives, soit par manœuvres non sanglantes, soit par l'opération sanglante. Dans aucun de ces cas, il n'y avait de hernie concomitante. Ch.-H. Petit-Vendol.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Séance d'avril 1901.

MM. Crouzat et Payrau. — *Fœtus extra-amniotique exencéphale avec brides amniotiques et malformations multiples dans un cas de grossesse gémellaire, le deuxième fœtus étant normal.*

M. Crouzat. — *Monstre double de sexe différent* (avec photographie).

Fibromes sphacélés et grossesse.

M. Chéron présente deux observations de fibromes sphacelés pendant les suites de couche et fait suivre son exposition de considérations au point de vue du diagnostic et du traitement.

Première observation. — Il s'agit d'une primipare de 39 ans atteinte d'un fibrome volumineux entièrement abdominal. Pendant la grossesse qui fut très pénible et s'accompagna d'amaigrissement très marqué, on ne put jamais déterminer ni position ni présentation fœtale. Le diagnostic de grossesse resta même difficile à déterminer jusqu'au sixième mois, à cause de la situation du fibrome dans la paroi antérieure de l'utérus et de son volume considérable. Au huitième mois, la femme fut prise d'accidents de stercorémie qui cédèrent difficilement à l'emploi de lavages intestinaux et purgatifs.

Le travail ayant duré 18 heures, la femme étant épuisée par ce long travail et des signes d'infection amniotique co-existant avec une température de 39°,2, on dut pratiquer la dilatation manuelle du col, puis l'extraction du fœtus qui se présentait par le siège.

Pendant les suites de couches, l'état fébrile se continue avec tous les symptômes d'une infection utérine grave. Les septième et huitième jours, il se fait une élimination de portions sphacélées de fibromes. Le traitement fut particulièrement difficile, la situation du fibrome empêchant toute tentative d'exploration utérine profonde et de curage digital. L'ablation de l'utérus puerpéral n'aurait pu être supportée par la malade dont l'état était trop sérieux, mais qui finit par guérir.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une malade chez laquelle, après un avortement compliqué d'infection utérine, le fibrome du volume d'une tête fœtale subit une fonte partielle.

L'examen de la tumeur, pratiqué immédiatement après la déviation des accidents, permit de constater une diminution de presque la moitié de la tumeur. Le malade guérit après quinze jours de drainage intra-utérin et de lavages quotidiens.

De l'oblitération du sinus circulaire, de ses effets sur le placenta et sur le fœtus.

M. Delore. — Il existe souvent, dans le sinus circulaire du placenta, des dépôts thrombosés d'origine microbienne, qui sont de longueurs variables et qui sont la cause d'une oblitération plus ou moins complète de ce sinus. Ces dépôts sont tantôt cruoriques, tantôt fibrineux, tantôt scléreux. Ils sont composés d'albumine, de globules rouges, de globules blancs et de fibrine. Le sinus circulaire étant l'intermédiaire entre la circulation utérine et la circulation des espaces intervilleux, l'existence de ces dépôts a pour conséquence, en même temps que le rétrécissement du sinus, la stase du sang dans les espaces intervilleux.

Il peut alors se former également dans les espaces intervilleux des dépôts semblables, ayant la même évolution que les précédents qui amènent un défaut de fonctionnement des

sillosités voisines. L'auteur conclut de ces faits la nécessité de vérifier l'intégrité des espaces intervilleux et des sillosités afin de se rendre compte de la physiologie normale ou pathologique d'un placenta. Il ajoute que souvent il se produit des orifices uniformés de suppléance établissant la communication d'une façon le plus souvent incomplète entre les deux circulations utérines et intervilleuses dans les cas d'oblitération du sinus circulaire, mais il en résulte souvent de l'atrophie du placenta et la mort du fœtus. Cependant le fœtus supporte bien l'atrophie placentaire pourvu que les deux tiers des villosités fonctionnent.

Des infections ombilicales chez le nouveau-né.

M. Porak. — Les causes de la mort du nouveau-né sont souvent difficiles à trouver. Pour les prématurés, on peut invoquer d'une façon générale l'insuffisance des organes. Pour les enfants nés à terme il est plus logique d'admettre une cause infectieuse, dont malheureusement la porte d'entrée n'est pas toujours facile à mettre en évidence. Quand on incrimine la porte d'entrée ombilicale, la filiation des troubles est plus facile à suivre que pour toute autre porte d'entrée. L'auteur rapporte diverses observations dans lesquelles la plaie ombilicale n'a présenté que des signes extérieurs très légers d'infection, et cependant l'autopsie et l'examen bactériologique ont permis d'attribuer la mort à une affection hépatique, péritonéale, pulmonaire ou mieux généralisée au point de départ ombilical. Comment démontrer l'origine ombilicale? Par l'existence d'une péritonite, de lésions plus marquées du côté de la veine ombilicale, de lésions hépatiques, et enfin par l'existence de bacilles identiques à ceux qu'on trouve dans la vessie, le foie et le poumon. On peut admettre que la lésion hépatique n'est pas d'origine intestinale quand elle survient immédiatement après la naissance, et c'est ce qui a fait attribuer à M. Porak un cas d'ictère bronzé qu'il a observé à l'infection ombilicale, bien que les ensemencements de la veine ombilicale et du liquide huileux du péritoine n'aient donné que des cultures de bactérium coli. Le cordon avait été fétide pendant la vie.

M. Brindeau. — Etant donné la diffusion de tous les microbes, et en particulier du streptocoque aussi bien que du bactérium coli, il faut faire des prises de sang pendant la vie. Sur un grand nombre d'ictères bronzés, deux fois seulement il a pu affirmer l'origine ombilicale.

Montée laiteuse chez une accouchée ayant perdu complètement le sein droit à la suite d'une brûlure profonde de la région thoracique antérieure.

M. Bouchacourt. — Il s'agit d'une femme de 18 ans, qui, étant tombée dans le feu à l'âge de 3 ans, ne présentait à la place du sein droit, que des cicatrices blanches fibreuses, au niveau desquelles il était difficile de trouver le vestige du mamelon. Sous l'influence de la grossesse, ces cicatrices prirent une teinte très foncée et devinrent chéloïdiennes en même temps que la glande sous-jacente qui paraissait complètement détruite, s'hypertrophiait et était le siège de tiraillements et de picotements. A la suite de l'accouchement la montée laiteuse se fit dans le côté droit aussi bien que dans le sein gauche, quoique la place de la mamelle droite n'était représentée que par des lobules aberrants contenus dans le muscle pectoral ne présentant pas de canal excréteur. Cette primipare de 18 ans nourrit sans difficulté son enfant du sein gauche; tandis que du côté droit la montée laiteuse était rapidement arrêtée par l'autocompression produite par les brides cicatricielles.

M. Budin fait allusion à quelques observations du même genre signalées antérieurement et ajoute qu'il n'y a pas lieu de poser aujourd'hui cette question tant controversée autrefois. Quand il existe une oblitération des canaux galactophores par une cicatrice, ne doit-on pas craindre des abcès dans les culs-de-sac au moment de la montée laiteuse?

Il rappelle le cas qu'il a observé d'une jeune fille atteinte d'hypertrophie mammaire bilatérale et considérable qui fut amputée des deux seins par Ricket et eut ensuite quatre grossesses successives qui, toutes furent suivies de montée laiteuse caractérisée dans ces moignons de glandes totalement dépourvues de canaux excréteurs.

Agalactie héréditaire chez une hystérique.

M. Keim. — L'absence complète de sécrétion lactée après l'accouchement est exceptionnelle; ordinairement, l'agalactie est secondaire dans le cours de l'allaitement. J'ai observé une femme, âgée de 33 ans, unidécipare, ayant eu sept grossesses à terme, deux avortements et deux accouchements prématurés. Elle avait des attaques d'hystérie depuis l'âge de 15 ans, à la suite d'une émotion; ces attaques persistaient pendant la grossesse. Nombreux stigmates hystériques. Règles régulières. A aucune de ses grossesses, elle n'a eu d'augmentation de volume des seins, ni montée laiteuse. Les seins, à l'examen, sont normaux, bien que peu développés. La mère de cette femme avait eu six grossesses et jamais de montée laiteuse. Elle était diabétique. En résumé, femme hystérique, mère diabétique, n'ayant eu ni l'une ni l'autre de phénomènes mammaires au cours de grossesses multiples.

Persistance anormale de la sécrétion lactée chez deux femmes présentant de l'aménorrhée pendant plusieurs mois.

M. Schwaab. — La première observation a trait à une femme chez laquelle l'accouchement s'est terminé par une basiotripsie. La montée laiteuse eut lieu le cinquième jour et, pendant trois mois, le lait s'écoula en abondance. Les traitements employés pour tarir cette sécrétion lactée ayant réussi, la menstruation reparut. M. Schwaab rappelle qu'un cas semblable a été rapporté par Gottschalk qui décrit l'atrophie utérine par superlactation à laquelle il a attribué un pronostic très sombre au point de vue fonctionnel de l'utérus, arrivant au volume d'une simple noix. Ceci est conforme aux observations de Fromenel et de Thorn, ce dernier ayant démontré que l'atrophie utérine était physiologique chez les nourrices.

M. Blondel rappelle qu'il a présenté à la Société d'Obstétrique de Paris un cas de super-évolution utérine avec persistance de la sécrétion lactée pendant quinze mois chez une femme qui n'avait pas allaité. Ce n'était donc pas l'excitation du mamelon qui était la cause de ce phénomène.

Quantité de lait que doivent prendre les débiles pendant les dix premiers jours après la naissance.

M. Planchon. — Il est très important que le débile ne se refroidisse pas car, quand sa température descend au-dessous de 32°, la mortalité atteint 75 0/0. La quantité de lait que doivent prendre les débiles pendant les dix premiers jours est sensiblement la même, proportionnellement au poids de l'enfant, de celle qui est nécessaire aux enfants plus âgés.

M. Budin. — Il est très difficile de déterminer exactement les doses. Ce qui est malheureusement très important car on se trouve pris entre la cyanose et les troubles gastro-intestinaux, suivant qu'il y a excès ou insuffisance de l'alimentation.

M. Herrgott insiste sur la nécessité qu'il y a, pour les enfants débiles, à ce que la nourrice garde son propre enfant, qui entretient ainsi chez elle la secrétion lactée.

M. Budin rappelle qu'à la Société obstétricale de France, il y a 3 ans, il a attiré l'attention sur cette pratique tout à fait généralisée à Paris.

M. Guillemet. — Cette mesure a été également acceptée facilement par les familles, à Nantes.

Résultats de la consultation des nourrissons à la Charité de 1899 à 1901.

M. Maygrier. — 2,081 enfants sortirent vivants avec leurs mères, 71 0/0 nourris au sein, 23 0/0 à l'allaitement mixte, [illegible]0/0 à l'allaitement artificiel.

Les femmes qui ne purent nourrir furent au nombre de 108. 58 avaient eu du lait pendant quelques jours seulement. [illegible]0 n'avaient pas donné le sein pour des raisons diverses.

Il n'y eut que 12 cas d'agalactie presque absolue. La mortalité infantile totale a été de 2,49 0/0, il est à remarquer alors que la mortalité est de 50 0/0 par diarrhée dans certaines localités chez les enfants nourris au biberon, la mortalité a été nulle d'après la statistique de M. Maygrier.

M. Budin fait remarquer que les femmes ont trop d'intérêt à venir aux consultations où l'on donne du lait en comparaison avec les consultations de nourrissons au sein, puisque dans

le premier cas on leur donne du lait ; dans les autres des enseignements, des conseils. De là l'idée venue à certains médecins comme M. Panel d'encourager l'émulation des mères nourrices par le don de 3 kilos de viande par semaine à chaque femme qui nourrit, ce qui fait une dépense inférieure à celle du lait qui serait donné. Grâce à cet encouragement, près de la moité des femmes ont nourri et la mortalité est tombée de 18 0/0 à 6 0/0. Cette amélioration dans les résultats tient à la disparition de la diarrhée infantile.

M. Boissard. — Frappé des bienfaits de la consultation de nourrissons et des résultats obtenus, a organisé une consultation dans la Maternité de Tenon.

Deux observations de fracture du frontal chez le fœtus.

M. Commandeur. — Dans la première, l'enfant extrait au forceps présentait un enfoncement du frontal gauche qui ne donna lieu à aucun accident pendant trois semaines. Au bout de ce temps, il présenta des crises convulsives de la face qui bientôt se généralisèrent, et il succomba trois semaines après. Ce fait peut donc conduire à préconiser l'intervention sanglante et au relèvement des fragments avec ou sans ablation de rondelle osseuse, lorsque les phénomènes convulsifs apparaissent et progressent.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'un enfant également extrait au forceps qui présentait une fracture du frontal à fragments mobiles et des phénomènes oculoorbitaires constitués par de l'exophthalmie temporaire, de la suppression du réflexe cornéen et une opalinite cornéenne très accentuée. On pourrait peut-être expliquer ces faits par un certain degré de modelages de la base amenant le rétrécissement de la fente sphénoïdale avec compression de la veine ophthalmique et des branches de l'ophthalmique de Willis. Le modelage de la base est encore mal connu et demande à être étudié par l'expérimentation. Il pourrait expliquer aussi certains faits de congestion et d'hémorragie méningée par compression des veines jugulaires au niveau du trou déchiré postérieur.

Histoire d'un accouchement provoqué.

M. Merle.— Multipare, 12 fausses couches, 3 enfants vivants et bien portants. Accès violents de fièvre depuis trois mois, syncopes. Malgré cela, en dehors des accès, état général relativement bon. Enceinte de cinq mois et demi environ. Grossesse niée par les médecins. Un d'eux provoque le cathéterisme utérin sans amener aucun accident. Consulté, le Dr Merle fit le diagnostic de grossesse de cinq mois et demi ; mais, étant donnée la consistance de l'utérus, l'absence absolue de bruits fœtaux et des mouvements actifs, il pensa que le fœtus était mort. Comme traitement, expectation. Mais la malade s'injecta elle-même sous la peau 15 gouttes d'ergotinine Fauret et expulsa un fœtus qui paraissait n'avoir succombé que pendant le travail.

Le Dr Merle appelle l'attention : 1° sur les accès de fièvre présentés par cette malade ; 2° sur la consistance particulière présentée par l'utérus ; 3° sur la difficulté qu'il y a parfois à savoir si un fœtus est mort ou vivant et sur la prudence et la réserve qui doivent guider l'accoucheur dans ces cas, surtout s'il y a des raisons de songer à une intervention.

Une observation d'appendicite pendant les suites de couches.

M. L. Dubrisay. — Dans cette observation, il s'agit d'une malade primipare, âgée de 27 ans, chez laquelle la grossesse a évolué normalement sans que l'attention fut attirée du côté de l'appendice. La malade présentait simplement une constipation opiniâtre. Accouchement très pénible : *Forceps, délivrance artificielle.* L'enfant succomba une heure après. Le lendemain de l'accouchement la malade est prise d'une douleur violente dans le flanc droit, s'irradiant le long de la cuisse droite, s'accompagnant de nausées sans vomissement et d'une légère élévation de la température. Rien du côté des organes génitaux. On fait le diagnostic d'*appendicite*. On met la malade à la diète pendant 24 heures et à la diète hydrique pendant plusieurs jours avec applications de glace au point douloureux. Les phénomènes s'amendent rapidement ; après plusieurs jours d'apyrexie et après la disparition des phénomènes douloureux, la malade fut opérée et guérit. H. C.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Rédacteur spécial : M. le Dr Raymond.

—

VIII. — Les actions moléculaires dans l'organisme ; par H. Bordier (1 vol., collect. Scientia. (Carré et Naud, édit.).

VIII. — Tout organisme, étant composé de solides, de liquides et de gaz, est nécessairement le siège d'actions moléculaires. Car on admet que tous les corps, quel que soit leur état, sont formés de particules infiniment petites, auxquelles on donne le nom de molécules. Ce sont les atomes des philosophes grecs. Ces molécules ne sont pas en contact parfait, et sont séparées par des intervalles extrêmement faibles, probablement inférieurs à un millionième de millimètre, c'est-à-dire invisibles aux plus forts grossissements connus. Des forces, dites actions moléculaires, régissent ces diverses molécules. Leur connaissance éclaire d'un jour nouveau beaucoup de particularités dans l'organisme. Ainsi le maintien en contact des têtes osseuses articulaires trouve une explication logique dans l'étude de ces forces ; le liquide synovial joue ici le même rôle que la goutte d'huile mise entre deux disques de Magdebourg dont l'adhérence devient ainsi considérable. De même, si pendant le sommeil, les deux paupières restent accolées l'une à l'autre, sans intervention de force organique, cela est dû à la présence d'un liquide visqueux, sécrété par les glandes de Meibomius, et qui joue le même rôle que la synovie ou la goutte d'huile dont il a déjà été question. La contraction musculaire, les filtrations des liquides à travers les glandes, la respiration trouvent aussi, dans l'étude des forces moléculaires, une explication plus rationnelle, et aussi plus philosophique.

IX. — La coagulation du sang ; par M. Arthus. 1 vol., collect. *Scientia.* (Carre et Naud, édit.).

IX. — S'il est un phénomène dont l'interprétation a donné lieu à de nombreuses expériences, c'est assurément celui de la coagulation du sang hors des vaisseaux. Actuellement, on est d'accord pour admettre que la fibrine, agent producteur de la coagulation, se produit hors des vaisseaux par la transformation d'une substance existant dans le sang circulant, et que l'on dénomme le fibrinogène. Celui-ci se dédouble sous l'action d'un ferment, le fibrinferment de Schmidt, dérivé lui-même des éléments figurés du sang et notamment des leucocytes. Les travaux plus récents, que l'on trouvera minutieusement analysés dans le livre de M. Arthus, dont la compétence spéciale sur ce sujet est universellement admise, ont poussé plus avant l'analyse des faits. Les leucocytes ne sécrètent pas directement le fibrinferment, mais bien une nucléo-albumine ou zymogène (Pekelharing), qui se combinant aux sels de chaux constitue le fibrinferment (Arthus et Pagès). La chaux joue donc un rôle capital dans le phénomène de la coagulation ; et c'est avec raison que l'on prescrit, dans les formes hémorragiques des fièvres, certains composés calciques, tels que le chlorure de calcium (Roger).

Certaines substances, telles que la peptone de Witte, l'extrait de têtes de sangsues, le foie des crustacés entravent, du moins pour un temps (Ellinger), la coagulation du sang. Ces substances agissent le plus souvent en mettant les sels de chaux dans des combinaisons chimiques, telles que le zymogène ne peut plus les utiliser pour devenir fibrinferment.

X. — La rage ; par le Dr A. Marie. 1 vol. Encycl. Léauté. (Masson, édit., 190).

X. — La question de la rage est toujours d'actualité ; car il n'est pas de maladie plus terrible et plus mystérieuse à la fois. Le livre du Dr Marie, directeur de l'Institut antirabique de Constantinople, est donc des plus attachants. On y trouvera tout d'abord une description exacte et dramatique de la rage de l'homme, depuis la forme furieuse jusqu'à la forme paralytique ; puis une description de la rage des divers animaux domestiques, des lésions diverses rencontrées à l'autopsie, et en particulier de celles que Babès, Van Gehuchten, etc., viennent de découvrir dans le système nerveux d'animaux morts de la rage.

Une des parties les plus captivantes de l'ouvrage est celle

qui a trait au virus rabique, encore inconnu dans sa forme, mais dont beaucoup de particularités biologiques cependant nous ont été révélées par les expériences de Pasteur, Nocard, Roux, Thuillier, etc. L'ouvrage se termine par l'étude de l'immunisation contre la rage.

XI. — La santé aux colonies; par P. D'ENJOY. (Soc. d'éditions scientif., Paris 1901).

XI. — L'auteur prend le futur colon à son départ de la métropole, lui indique l'époque favorable à son embarquement, les objets indispensables à emporter; il le suit dans la traversée et lui donne, à cette occasion, quelques conseils pratiques pour éviter le mal de mer, ou du moins en atténuer les mauvais effets. Le colon arrive au port; ses débuts dans la vie nouvelle sont souvent peu encourageants; le livre lui indique les moyens d'en éviter la plupart des inconvénients; il lui fournit des indications sur le choix de l'habitation, le genre d'alimentation, la façon de dormir, voire même de faire la sieste. Ce n'est donc pas un ouvrage de haute didactique qu'a voulu écrire P. d'Enjoy; il a fait peut-être mieux pour le colon qu'une terminologie par trop scientifique effraierait. Aussi son ouvrage mérite-t-il d'être lu par tous ceux qui se destinent à tenter fortune par delà les mers, et sous un climat tout différent du nôtre. F. R.

XII. — Sur la diversité d'action des toxines typhique et diphtérique, injectées par la veine jugulaire ou la veine-porte; par G. PADOA. (*Riforma Med.* 1899, p. 196.)

XII. — Depuis les recherches de Roger, Kotliar, Colasanti, Queixolo, etc., il est communément admis que le foie arrête ou modifie les poisons qui le traversent. Si la chose est vraie pour les alcaloïdes, les toxines gastro-intestinales, elle ne semble plus l'être, d'une façon absolue, pour toutes les autres toxines bactériennes, d'après Padoa. Ainsi, tandis que la toxine diphtérique, injectée par la jugulaire, tue plus rapidement l'animal, que si elle est injectée aux mêmes doses et à la même virulence par la veine-porte, il en est tout autrement pour la toxine typhique; elle amène la mort du cobaye plus rapidement et à doses moindres, injectée par la veine-porte, que par la veine jugulaire. De même les lésions viscérales, celles du rein en particulier, sont plus prononcées dans le premier cas que dans le second. L'expérience, répétée à plusieurs reprises par l'auteur, lui a toujours donné les mêmes résultats.

XIII. — Contribution à l'étude de l'immunité vaccinale; par M. COSTE. 1 vol. in-8, 90 p. (Bailliere, Paris, 1900.)

XIII. — L'augmentation actuelle des cas de variole donne un intérêt particulier à l'ouvrage de M. Coste. Basé sur un grand nombre de faits, ce travail montre que la vaccination est loin de conférer une immunité notable contre la variole; l'immunité créée par plusieurs revaccinations est plus considérable. Enfin, pour l'auteur, la variole hémorragique ne serait que médiocrement influencée par une vaccination antérieure; car, pour lui, cette variété de variole, tiendrait à l'existence d'une association bactérienne, le virus varioleux étant incapable à lui seul d'amener la grande variole hémorragique. De sorte que l'immunité relative créée par la vaccination, si elle s'adresse à l'infection variolique pure, n'a par contre aucune action sur l'infection surajoutée à celle de la variole.

Il ne faudrait cependant pas conclure de ce qui précède que la vaccination est chose relative. Les statistiques que donne l'auteur prouvent le contraire. En cas de variole, sur 100 non vaccinés, 4 ont une variole discrète, 19 une variole moyenne, 65 une variole confluente, 11 une variole hémorragique et la mortalité globale est de 41 0/0. Sur 100 varioleux, vaccinés *une seule fois* avec succès, 23 seulement ont une variole confluente grave, et 11 0/0 succombaient, c'est-à-dire que la mortalité est quatre fois moindre que dans le cas précédent. En cas de variole, sur 100 vaccinés à *plusieurs reprises*, il n'y a plus à craindre que la variole hémorragique, qui s'observe quatorze fois et donne une moyenne de 8 0/0 de décès. L'immunité à l'égard de la variole, produite par la vaccination, croît avec le nombre de vaccinations qu'éprouve l'individu. La revaccination doit être pratiquée au moins tous les cinq ans.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la grippe et de ses manifestations broncho-pulmonaires par l'hélénine.

De toutes les manifestations grippales si fréquentes en cette saison, celles qui portent sur les voies respiratoires offrent le plus de dangers. L'inflammation des premières voies respiratoires détermine une toux rebelle et pénible, et est souvent suivie de l'extension de l'infection grippale aux bronches et même au parenchyme pulmonaire. L'action de l'hélénine du Dr de Korab, qui calme la toux, qui modifie et diminue l'expectoration, qui jouit en outre d'un pouvoir microbicide bien constaté, sera d'une grande utilité dans le traitement curatif de la grippe et dans la prophylaxie de ses complications broncho-pulmonaires. Ce précieux agent thérapeutique, qui a fait brillamment ses preuves dans les épidémies de grippe de ces dernières années, s'administre à la dose de 3 à 5 globules d'hélénine du Dr de Korab par jour.

BIBLIOGRAPHIE

Guide médical et pharmaceutique de Paris; Direction et Administration, 11, rue de Rocroy. Paris, 1901, 1 volume.

Parmi les guides médicaux édités jusqu'à ce jour, le *Guide médical et pharmaceutique de Paris* se présente au lecteur sous une forme commode et peu encombrante. La rédaction en est soignée et nous fournit nombre de renseignements utiles sur la législation médicale et pharmaceutique de France, sur les institutions médicales de la ville de Paris. La nomenclature des médecins, pharmaciens, sages-femmes et dentistes est des plus complètes, ainsi que celles des professions se rattachant à la médecine. Nous félicitons bien volontiers les auteurs et éditeurs du *Guide médical et pharmaceutique de Paris* en leur souhaitant bon succès pour l'avenir. A. R.

Travaux de Neurologie chirurgicale; par A. CHIPAULT. (Vigot frères, éditeurs.)

Sous ce titre, M. Chipault vient de publier un excellent recueil de faits et d'observations, qu'on lira avec un très grand intérêt. Pami les nombreux mémoires que contient le volume, nous trouvons des remarques sur un cas de gibbosité pottique guérie par les ligatures apophysaires, un travail fort instructif de M. Brisard sur la névralgie paresthétique, une observation tout à fait remarquable de névralgie du testicule, traitée par la résection des nerfs du cordon et guérie par M. Chipault. Ce même chirurgien y fait un mémoire très complet et très documenté sur les arthropathies par lésion médullaire chirurgicale; de nombreux autres travaux, faits par des collaborateurs français ou étrangers de M. Chipault, donnent à ce volume une valeur toute particulière. Z.

Maladies des femmes; par FRITSCH. 9e édition. (Braunschweig, 1900).

L'auteur augmente la précédente édition de deux chapitres, l'un sur l'antisepsie en gynécologie, l'autre sur les complications qui surviennent après les laparotomies.

L'ouvrage se divise en dix-sept chapitres : 1° Antisepsie en gynécologie ; 2° chapitre de diagnostic en général ; 3° maladies de la vulve (œdème, éléphantiasis, malformation, hypospadias, épispadias, hermaphroditisme, vulvites, prurits, tumeurs de la vulve, lésions du périnée); 4° maladies du vagin (vaginites, kystes, tumeurs, hyperesthésie de la vulve, vaginisme, lésions du vagin); 5° maladies de la vessie et de l'urètre (cystites, tumeurs, fistules); 6° malformations utérines; 7° inflammations utérines (métrite aiguë, chronique, atrophie); 8° déviations utérines (antéflexion, antéversion, rétroversion, antéflexion, prolapsus utérin, inversion, déplacements plus rares de l'utérus); 9° tumeurs malignes de l'utérus (carcinome, sarcome, déciduome); 10° fibromes de l'utérus; 11° maladies de l'ovaire et du paraovaire, déplacements, tumeurs; 12° maladies des trompes, opérations ovariennes, gravidité tubaire; 13° complications des laparotomies; 14° paramétrite et périmétrite;

15° menstruation, ovulation, fécondation, stérilité; 16° les inflammations blennorhagiques des organes génitaux de la femme; 17° lésions diverses (promiscuités, hémorroïdes, prolapsus du col). O. Macé.

VARIA

Association des médecins du département de la Seine.

L'assemblée générale annuelle aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président, le dimanche 28 avril à 2 heures. Cette assemblée a pour objet : 1° La lecture du compte rendu de l'année 1900 par le Secrétaire général. — 2° L'élection : d'un président; de deux vice-présidents. MM. Brouardel, président sortant, Guyon et Fernet, vice-présidents sortants, sont rééligibles et se présentent de nouveau. — 3° Le renouvellement par tirage au sort de vingt-deux membres titulaires da la commission générale; la désignation de quarante-quatre suppléants.

MOUVEMENT DE LA CAISSE PENDANT L'EXERCICE 1900.

Caisse générale.

RECETTES

Rentes 3 pour 100 et 3 1/2 pour 100	40.610 fr.	75
Fermages à Vincy et intérêts divers	9.262	»
Cotisations	16.170	»
Admissions	372	»
Dons et legs	1.810	»
Prix de vente de la ferme de Vincy	305.300	»
Reliquat de l'année 1899	159	»
Total	373.683 fr.	75

DÉPENSES ET EMPLOI

Secours à sept sociétaires et à cinquante-quatre veuves ou familles de sociétaires	40.950 fr.	»
Secours à trente-trois personnes étrangères à l'Association	5.500	»
Rentes aux légataires Marjolin	5.000	»
Recouvrement des cotisations	600	»
Frais d'impression	800	25
Port des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses	305	10
Subvention à la caisse des pensions viagères	568	»
Impôts de mainmorte et frais de succession	5.608	»
Versement à la réserve spéciale	6.000	»
Achat de 9.197 fr. de rente 3 pour 100	307.512	90
Total	372.844 fr.	25

BALANCE

Recettes	373.683 fr.	75
Dépenses	372.844	25
Reste	839 fr.	50

Caisse des pensions viagères.

Fonds de secours.

RECETTES

Intérêt des fonds placés	632 fr.	»
Subvention fournie par la Caisse générale	568	»
Total	1.200 fr.	»

DÉPENSES

Pensions viagères (deux semestres)	1.200 fr.	»

Fonds de réserve.

RECETTES

Reliquat de l'année 1899 (à reporter)	83 fr.	40

Les hernies, accidents du travail.

Le tribunal civil de la Seine vient de condamner au paiement d'une pension annuelle de 300 francs, le patron d'un ouvrier atteint de hernie dans un effort effectué dans son travail. Le malade avait subi l'opération de la cure radicale de sa hernie avec succès. Mais le tribunal a jugé que cet ouvrier, ne pouvant plus, sans danger, se livrer à de violents efforts, subissait une perte dans sa valeur professionnelle et méritait d'être indemnisé.

Secret professionnel.

Un Dr G..., levantin d'origine, a été condamné à 3 mois de prison, 500 fr. d'amende et 1 fr. de dommages-intérêts pour violation du secret professionnel. Le mobile du Dr G... aurait été de provoquer un divorce entre des époux. Au cours des débats, on a discuté cette délicate question : Un médecin doit-il révéler à l'un des époux une affection contagieuse contractée par son conjoint ?

Une nouvelle affaire de secret professionnel est aussi sur le point d'être jugée. Un médecin aurait, en divulguant le diagnostic de tuberculose d'un de ses malades, fait rompre le mariage de ce dernier. Or, si l'on en croit certains journaux, il y aurait eu erreur de diagnostic. Il est vrai que le médecin incriminé nie à la fois énergiquement l'erreur de diagnostic et sa divulgation.

École d'infirmières de Reims.

Le Conseil municipal de Reims, à la suite d'un rapport de notre ami le Dr Lenglet, a voté la résolution suivante :

« Il y a lieu de continuer à l'école des gardes-malades créée en 1885, l'appui du Conseil municipal. Des bourses d'élèves pourront être données au nom du Conseil à celles des élèves qui sembleraient les mériter.

« La Société des Femmes de France sera priée de continuer sa bienveillance à cette œuvre. Le Conseil général sera sollicité de voter quelques bourses pour des élèves du dehors qui se destineraient à cette profession. L'administration des hospices sera priée de continuer les allocations en nourriture qu'elle a données aux élèves infirmières. Elle est priée, de plus, d'étudier les services qui pourraient être donnés à ces élèves lorsqu'elles auraient le diplôme, et de donner au personnel actuel toutes facilités pour suivre les cours ». (*Union médicale du Nord-Est* du 28 février 1901.)

Statistique sanitaire de Budapest.

L'état sanitaire est assez satisfaisant. On a compté 25.601 naissances et 13.623 décès, soit une différence de 11.978. L'année précédente il y avait 1.950 naissances et 6 décès en moins. La population s'est accrue de 67.185 individus dans les années s'étant écoulées entre 1891 et 1900, alors que dans les dix années précédentes, c'est-à-dire de 1881 à 1890, on ne comptait qu'une augmentation de 17.988. Le coefficient de la mortalité, qui en 1875 atteignait le chiffre de 43,4 0/0, est descendu actuellement à 19,5. Dans la mortalité de 1900, les maladies infectieuses entrent pour une part de 5,8 0/0 et les affections pulmonaires pour 19,1 0/0.

Organothérapie.

Dans le *Janus* de novembre et décembre, le Dr H. Grasset a publié un intéressant mémoire intitulé : *Commentaire scientifique sur l'organothérapie des anciens* dans lequel nous relevons cette phrase : « Nous ne serons pas étonnés de voir préconiser les testicules de castor (Arétée), de coq, d'âne, d'ours, de sanglier, de porc (Pline, livre 17), *contre l'épilepsie.* »

Le service de santé durant la guerre du Transvaal.

Dans son rapport sur la guerre du Transvaal, lord Roberts s'exprime comme il suit au sujet du fonctionnement du service de santé :

« Le corps médical a, lui aussi, travaillé de façon infatigable, soit en campagne soit dans les hôpitaux. Il y a eu bien des exemples de vaillance donnés par des officiers en accomplissant leur œuvre de secours sous le feu violent de l'ennemi et en présence de difficultés exceptionnelles. Mes remerciements sont également dus aux distingués chirurgiens étrangers qui sont venus nous trouver dans ce pays et qui, par leurs avis et leur expérience, ont été pour nous d'une aide précieuse. Je tiens également à signaler l'assistance inappréciable rendue aux malades et aux blessés par les diverses sociétés de la Croix-Rouge, à la tête desquelles se trouvait S. A. R. la princesse Christian. »

Centenaire de l'Internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris.

Le comité d'action du Centenaire a adressé, le 15 février, à tous les internes et anciens internes des hôpitaux de Paris une circulaire annonçant la célébration du Centenaire, les conditions de la souscription et un projet provisoire et modifiable de l'emploi des fonds. De nombreux collègues se sont déjà inscrits comme donateurs ou comme souscripteurs, et ces adhésions prouvent que la célébration de cet anniversaire était bien dans l'esprit de la majorité.

Plusieurs ont exprimé, par lettres ou par la voie des journaux, leur opinion sur la manière dont ils désiraient voir effectuer cette célébration. Ces vœux peuvent se résumer de la façon suivante : 1° Avant tout, créer une œuvre utile, d'un profit certain pour le corps de l'internat et éviter tout gaspillage en fêtes ou publications oiseuses ; 2° célébrer spécialement le souvenir des internes morts victimes de leur dévouement professionnel.

Le comité d'action, aidé des commissions spéciales, a d'autant plus volontiers admis ces propositions qu'elles rentraient absolument dans le cadre de ses projets. Voici donc en quoi consistera la célébration du Centenaire :

1° Une médaille commémorative sera frappée et distribuée exclusivement aux donateurs et souscripteurs : M. le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts a bien voulu autoriser son département à supporter les frais artistiques de cette médaille et en a confié l'exécution à M. Bottée.

2° Un volume sera publié, contenant l'historique de l'internat, qui n'a pas encore été fait ; un chapitre sera consacré à nos collègues morts de maladies contractées à l'hôpital ; un autre chapitre donnera une esquisse rapide de ce qu'ont été nos Salles de garde à travers les événements historiques du siècle : il ne saurait être question ici de rapporter les plaisanteries de goûts variés qui ont égayé notre jeunesse, mais ne méritent pas de passer à la postérité. Les renseignements personnels demandés par la circulaire serviront à établir certaines dates et à rectifier l'annuaire de l'internat qui terminera le volume.

La médaille et le volume seront édités au nombre strict des souscripteurs et donateurs et ne seront pas mis dans le commerce : il est donc important que les adhésions nous parviennent avant la fin d'octobre pour permettre d'établir le tirage.

3° Une plaque de marbre portant les noms des internes morts victimes de leur dévouement, sera placée dans un des hôpitaux centraux de Paris, à désigner.

L'exécution des projets ci-dessus ne saurait entraîner à des frais bien considérables, et n'emploiera qu'une faible partie des sommes souscrites ; le surplus sera destiné à développer l'importance de l'*Association amicale des internes et anciens internes* : c'est en cela que consistera l'*Œuvre du Centenaire*, œuvre durable qui est demandée par l'unanimité de nos collègues.

L'Association, telle qu'elle existe aujourd'hui, est trop peu connue, malgré le bien très réel qu'elle fait déjà : cela tient à ce que ses ressources sont insuffisantes. Il est impossible d'exposer ici un programme complet de ce qu'elle devrait être, mais on peut prévoir que l'augmentation de son capital permettra de créer : 1° Un fonds important destiné à secourir plus efficacement que par le passé les internes nécessiteux et surtout les familles d'internes morts sans ressources ; 2° Une caisse de prêts sur parole aux internes qui vont s'installer ; 3° Dans la limite du possible, un bureau permanent où seront concentrés les documents pouvant intéresser professionnellement le corps de l'Internat.

Plus l'Association sera nombreuse et riche, plus elle aura de force morale pour soutenir les intérêts de nos collègues : c'est a lui donner la fortune suffisante à son bon fonctionnement que doit servir l'*Œuvre du Centenaire*.

La célébration proprement dite du Centenaire aura lieu dans les derniers jours d'avril 1902. Elle consistera dans une séance générale tenue dans un des amphithéâtres de l'Assistance publique, suivie d'une cérémonie pour la pose de la plaque commémorative. Le banquet de l'internat aura lieu avec un peu plus de solennité que dans les années ordinaires ; chaque participant paiera sa part comme d'habitude. Enfin, dans le but d'augmenter l'importance de la somme versée à l'Association, une fête de bienfaisance sera donnée, dont le programme n'est pas encore arrêté, et à laquelle pourra contribuer le public étranger à l'internat sous forme de billets payants. Pour cette fête, aucune somme ne sera prélevée sur les fonds de la souscription. Nul doute que les pouvoirs publics, l'administration municipale et le public parisien, conscients des services rendus au cours du siècle par les internes des hôpitaux, ne s'empressent de répondre largement à l'appel qui leur sera fait. *Le Comité d'action.*

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 29.— 3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. : MM. Brissaud, Hanriot, Méry. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Rémy, Reynier, Sébileau. — (2e *série*) : MM. Jalaguier, Poirier, Walther. — 3e *de Doctorat.* (1re *partie*) N. R. Oral. : MM. Segond, Lejars, Lepage. — (2e *partie*). A. R. : MM. Fournier, Gaucher, Gilles de la Tourette. — 5e *de Doctorat.* Chirurgie. (1re *partie*). (1e *série*) : MM. Broca (Aug.), Tuffier, Delbet. — (2e *série*) : MM. Legueu, Delens, Reclus.— (2e *partie*). N. R. : MM. Hayem, Launois, Tessier.

MARDI 30. — *Médecine opératoire* N. R. : MM. Le Dentu, Ricard, Thiéry. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. : MM. Chantemesse, Blanchard, Thoinot. — 1er *de Doctorat* : MM. Rémy, Brun, Faure. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Campenon, Quénu, Wallich. — (2e *série*). A. R. : MM. Hutinel, Gilbert, Dupré. — 4e *de Doctorat.* N. R. : MM. Proust, Ménétrier, Chassevant. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Bouilly, Albarran. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Jaccoud, Achard, Charrin. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Joffroy, Thiroloix.

MERCREDI 1er. — *Médecine opératoire* A. R. : MM. Delens, Reclus, Walter.—3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. : MM. Hayem, Heim, Méry. — 1er *de Doctorat* (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Legueu, Poirier, Retterer.— (2e *série*) : MM. Tuffier, Reynier, Mauclaire. — (3e *série*) : MM. Rémy, Delbet, Sébileau. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). A. R. (1re *série*) : MM. Fournier, Joffroy, Gaucher. — (2e *série*) : MM. Brissaud, Wurtz, Widal.

JEUDI 2. — *Médecine opératoire.* N. R. : MM. Farabeuf, Schwartz, Brun. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) N. R. : MM. Cornil, Blanchard, Vaquez.— 1er *de Doctorat* : MM. Rémy, Retterer, Thiéry. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). A. R. : MM. Richelot, Maygrier, Faure. — (2e *partie*). A. R. (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Charrin, Achard. — (2e *série*) : MM. Huttinel, Launois, Roger. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Proust, Gilbert, Desgrez.

VENDREDI 3. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) N. R. : MM. Launois, Heim, Méry.— 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Reynier, Gley, Sébileau. — (2e *série*) MM. Reclus, Poirier, Mauclaire. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) A. R. : MM. Landouzy, Brissaud, Teissier. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Pouchet, Wurtz, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Kirmisson, Legueu, Lejars. — (2e *série*) : MM. Segond, Jalaguier, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Grancher, Gaucher, Widal. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 4. — *Médecine opératoire* A. R. : MM. Bouilly, Poirier, Albarran. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) N. R. : MM. Cornil, Blanchard, Ménétrier. — 1er *de Doctorat* : MM. Rémy, Quénu, Retterer.— 3e *de Doctorat.* Officiel définitif : MM. Achard, Richelot, Bar. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Huttinel, Joffroy, Dupré. — (1re *série*) : MM. Debove, Widal, Thiroloix — (2e *série*) : MM. Raymond, Marfan, Roger.— (1re *partie*). Obstétrique : MM. Maygrier, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 1er. — M. Lemercier. De la grossesse extra-utérine intraligamentaire après le cinquième mois. — M. Cottschalk. Le traitement des plaies. Etude historique, contributions bactériologiques, pansements modernes. — M Bouillat. De l'emploi du fer et des métaux lourds dans le traitement des anémies. — M. Dubois. Contribution à l'etude des complications articulaires de l'érysipèle, spécialement des arthrites suppurées. — M. Rivault. Paralysies oculaires postdiphteriques. Action de la toxine diphtérique sur les centres nerveux d'après la clinique ophtalmologique.

JEUDI 2. — M. Sauvagnat. Intoxications mortelles consécutives aux injections du sublimé et responsabilité médicale. — M. Rémé. Etude au point de vue médical, de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. — M. Mantilla. Leucoplasies et cancer. — M, Zadok. Suture des parois uretrales sans suture des parties molles et de la peau. — M. Guillemard. Contribution à l'étude de l'acide silicotungstique comme réactif des alcaloïdes de l'urine. —

M. Attias. De la rhino-pharyngite et amygdalite chronique et de ses conséquences chez les enfants. — Mlle Doihdsky. Névrites professionnelles. — M. Ricoux. Contribution à l'étude de l'otite dans la grippe et en particulier de ses complications. — M. Fayon. Des accidents appendiculaires dus aux ascarides lombricoïdes. — M. Le Guichaoua. Des variétés rares de luxation pontanée dans la coxalgie. — M. Bajon. De la symphyséotomie répétée. — M. Bretonville. Contribution à l'étude des psychopathies puerpérales. — M. Brouteille. Contribution à l'étude des pseudo-infections et infections puerpérales d'origine intestinale. — M. Chevalier (Ch.). Détermination de la quantité de sang restant dans le placenta après la délivrance.

Enseignement médical libre.

Technique histologique et histologie. — M. J. Jolly a commencé, le mardi 16 avril 1901, au Laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe, rue des Ecoles), une série de conférences pratiques sur la technique histologique et l'histologie. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures.

Enseignement de la médecine légale psychiatrique. — D'après une information qui nous parvient, MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants parvenus au terme de leur scolarité sont admis, sur présentation de leur carte, à assister à la visite du médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt, M. le Dr Paul Garnier, le mercredi et le vendredi, de 1 h. 1|2 à 3 heures, quai de l'Horloge, 3. Après trois mois d'assiduité à cette clinique, un *certificat de stage médico-légal psychiatrique* sera délivré par la Faculté de Médecine.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Desnos reprendra ses conférences cliniques sur les maladies des voies urinaires, le vendredi 3 mai, à 4 heures, à sa clinique, 15, rue Malebranche, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

FORMULES

XXIX. — Contre la lèpre, le psoriasis, le lupus.

Acide gynocardique	0 gr. 75 centigr.
Huile de Chaulmoogra .	10 grammes.
Vaseline	20 —
Paraffine.	5 —

En applications sur les éruptions. (Bocquillon-Limousin).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 14 avril au samedi 20 avril 1901, les naissances ont été au nombre de 1.090 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 409, illégitimes, 147. Total, 556. — *Sexe féminin* : légitimes, 388, illégitimes, 146. Total, 534.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 14 avril au samedi 20 avril 1901, les décès ont été au nombre de 1031, savoir : 586 hommes et 445 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 0, F. 0, T. 0. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 2, F. 9, T. 11 — Rougeole : M. 7, F. 8, T. 15. — Scarlatine : M. 0, F. 2, T. 2. — Coqueluche : M. 5, F. 2, T. 7. — Diphtérie et Croup : M. 7, F. 6, T. 13. — Grippe : M. 3, F. 5, T. 8. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0, — Autres maladies épidémiques : M. 4, F, 0, T. 4. — Tuberculose des poumons : M. 157, F. 78, T, 235. — Tuberculose des méninges : M. 14, F. 13, T. 27. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 3, T. 13. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 26, F. 35, T. 61. — Méningite simple : M. 19, F. 8, T. 27. — Congestion hémorragique et ramollissement du cerveau : M. 21, F. 20, T. 41. — Maladie organique du cœur : M. 26, F, 31, T. 57. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 6, T. 16. — Bronchite chronique : M. 20, F. 13, T. 33. — Pneumonie : M. 21, F. 21, T. 42. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 47. F. 58, T. 105. — Affection de l'estomac (cancer exc.) : M. 3, F. 3, T. 6. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 8, F. 5, T. 13; autre alimentation, M. 11, F. 2, T. 13. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Hernies, obstruction intestinale : M. 3, F. 3. T. 6. — Cirrhose du foie : M. 7, F. 3, T. 10. — Néphrite et mal de Bright : M. 17, F. 9, T. 26. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 1, F. 6, T. 7. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 27, F. 13, T. 40. — Débilité sénile : M. 8, F. 28, T. 36. — Morts violentes : M. 30, F. 12. T. 42. — Suicides : M. 19, F. 4, T. 23. — Autres maladies : M. 66, F. 37, T. 103. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 6, F. 2, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 44, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 16, illégitimes, 8. Total : 24. — *Sexe féminin* : légitimes, 12, illégitimes, 8, Total : 20.

Cours de clinique chirurgicale des maladies des enfants. — M. le Pr Kirmisson commencera ce cours le samedi 4 mai à dix heures, à l'hôpital Trousseau, 158, rue Michel-Bizot; il le continuera les mardi et samedi suivants à la même heure. Le jeudi, de dix heures à midi, consultation orthopédique (conférence pratique et examen des malades).

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de clinique des maladies cutanées et syphiliques.* (Hôpital Saint-Louis). — M. le Pr Alfred Fournier a repris ce cours le vendredi 26 avril 1901, à 10 heures du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Conférences d'histologie. — M. Launois, agrégé, a commencé les conférences d'histologie le jeudi 18 avril 1901, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole Pratique), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Ecole supérieure de pharmacie. — M. Béhal, agrégé des écoles supérieures de pharmacie, est nommé professeur de toxicologie à l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, par décret du 31 mars.

Assistance publique de Paris. — *Concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine au sanatorium de Hendaye (Basse-Pyrénées)*, (pour entrer en fonctions le 1er juillet 1901). — Le lundi 17 juin 1901, à midi, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine au sanatorium de Hendaye (Basses-Pyrénées), pour entrer en fonctions le 1er juillet suivant. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat général de l'administration (Bureau du service de santé), de onze heures à trois heures, depuis le lundi 20 mai 1901, jusqu'au samedi 1er juin inclusivement.

Interdiction de la céruse. — Le Conseil d'hygiène a déclaré, on le sait, que le blanc de céruse est un poison. M. Léon Mougeot, sous-secrétaire d'Etat des postes et télégraphes, vient d'adresser à ce sujet une circulaire aux directeurs de son administration, circulaire dans laquelle il interdit l'usage de ce produit : « Dans le but d'éviter les effets pernicieux du blanc de céruse, j'ai décidé que, désormais, dans tous les locaux occupés par les services ou destinés à l'installation des bureaux, il sera fait usage, exclusivement, de peintures ou enduits à base de blanc de zinc (oxyde de zinc). En conséquence, les marchés, soumissions, cahiers des charges, baux, etc., prévoyant l'exécution de travaux de peinture, devront mentionner, à l'avenir, cette obligation qui sera également imposée aux entrepreneurs chargés d'effectuer des travaux de l'espèce, en vertu de conventions verbales. » (*Le Temps* du 12 avril 1901.)

Grève de médecins. *Berlin, 16 avril.* — Les médecins de Leipzig viennent de se mettre en grève. Ils se plaignent que leurs honoraires se trouvent considérablement réduits par la création des *krankenhassen* (ou caisses des malades). Cette innovation a en effet réduit le prix de leurs visites à sept pfennigs ou environ deux sous. Ils trouvent que c'est trop peu. Les malades malheusement ne pourront lutter à armes égales car ils ne penseront pas à se mettre en grève à leur tour. Ce qui serait le bon moyen. Les pharmaciens, dit-on, cherchent un terrain d'entente. (*Le Matin*, 17 avril.)

Institut Pasteur. — Hier soir, au restaurant Voltaire, a eu lieu le premier banquet de l'Association des élèves du nouveau service d'analyse et de chimie appliquée à l'hygiène de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. Trillat, chef de ce service. M. Renard, président de l'Association, a porté un toast à M. Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur, et a bu au succès de l'Association. M. Trillat a exposé ensuite le but de l'organisation de ce nouveau service, qui répondait certainement à un besoin, puisque ses laboratoires se sont immédiatement remplis d'élèves. M. Trillat a indiqué comment les industries chimiques françaises, particulièrement les industries pharmaceutiques et alimentaires, si importantes dans notre pays, pourront en tirer parti. L'orateur a fait

une rapide esquisse de l'enseignement chimique en Allemagne et de son influence sur le mouvement scientifique et industriel. Il a annoncé que, grâce à divers appuis, entre autres à celui de la Chambre de Commerce de Paris, deux missions d'études à l'étranger partiront cette année, missions dont la science comme l'industrie profiteront. (*Le Temps* du 5 avril 1901).

Service de santé militaire. — M. Pierrot, médecin principal de 1re classe, médecin chef de l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris, est nommé sous-directeur à l'école d'application du service de santé militaire et médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce — M. Moty, médecin principal de 1re classe, médecin chef à l'hôpital militaire de Lille, est nommé médecin chef de l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris.— M. Malinas, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Chambéry (provisoirement), est nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Lille. — M. Bruant, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Bourges, est nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Chambéry.

Distinctions honorifiques. — M. Rollin, chirurgien-dentiste à Paris, a été nommé *officier de l'Instruction publique* et M. le Dr Aragon, médecin à Paris, a été nommé *officier d'Académie*.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies, en or, a été décernée à titre exceptionnel à M. le Dr Jacques, médecin de la santé à Marseille, en témoignage du dévouement absolu et du zèle éclairé dont il a fait preuve en s'internant pendant cinq semaines au lazaret du Frioul pour donner ses soins à des malades atteints de la peste et auprès desquels il a lui-même contracté une forme atténuée de la maladie, tout en continuant son service.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de botanique.* — M. Edouard Bureau, professeur, commencera les leçons sur les familles naturelles le vendredi 3 mai 1901, à une heure, dans la salle de Cours, rue de Buffon, nº 63, et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure,

Changement de domicile.—L'École et la Clinique dentaires, précédemment situées, 3, rue de l'Abbaye, sont transférées, 5, rue Garancière, derrière l'église Saint-Sulpice (VIe arrondissement). Consultations gratuites. Opérations, soins de la bouche et des dents, extractions, etc. Tous les matins, de 8 heures à 10 heures, dimanches et fêtes exceptés. Prothèse, dentiers et appareils de redressement.

Littérature médicale. — Nous extrayons d'un article de l'un de nos confrères le singulier passage qui suit : « Il faut considérer que dans la population parisienne, il y a à peu près 500 000 habitants qui, sans doute pour avoir avalé *des déjections humaines*, renferment des vers intestinaux dans leurs intestins. » — Ceci aurait mérité explication.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Cochepin (de Paris). — M. le Dr Blanc (de la Bachellerie, Dordogne). — M. le Dr Castella (de Fribourg), membre de la Commission médicale suisse.

Chronique des Hôpitaux.

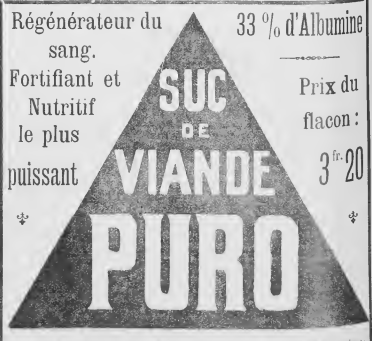
Hôpital Saint-Antoine. — *Conférences de radiologie médicale.* — Le Dr A. Béclère commencera, le dimanche 5 mai, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hopital, une nouvelle série de *huit conférences* sur les *Premières notions de Radiologie*, indispensables à la pratique de la radioscopie et de la radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Exercices pratiques de radiographie. — Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du Dr Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine.

Hotel-Dieu. — *Leçons de clinique chirurgicale.* — Le Dr Lucas-Championnière a repris ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hotel-Dieu (Amphithéâtre Desault), le jeudi 25 avril 1901, à 10 heures du matin, et les continuera les jeudis suivant à la même heure. Opérations avant la leçon clinique. — Opérations abdominales : le mardi, à 9 heures. Visite des malades : Hommes (Examen des Hernies), le mercredi, à 9 heures, dans la salle Saint-Côme. Femmes, le samedi, à 9 heures, dans la salle Sainte-Marthe. Massage par le Dr Dagron, le mardi et le vendredi, à 10 h. 1/2.

Hopital de la Pitié. — M. le Dr Babinski : *Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux*, samedi à 10 h. 1/4 du matin.

Hopital Andral. — *Cours pratique sur les maladies de l'estomac* (service de M. le Dr Alb. Mathieu). — MM. les Drs Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Andral, et A. Laboulais, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, commenceront sous la direction de M. le Dr Alb. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, un cours théorique et pratique sur le diagnostic et le traitement des *Maladies de l'estomac*. Le cours sera complet en 20 leçons et aura lieu au Laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, quatre fois par semaine, à 5 h. 1/2 du soir, et commencera le lundi 29 avril. Les travaux pratiques (examen du suc gastrique, et autres procédés de diagnostic) auront lieu par série de 5 élèves de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2 avant le cours. Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser au Laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, tous les matins de 8 heures à midi.



Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 18. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 4 MAI 1901.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE COMPARÉE

Transmission de la Scarlatine au Chat;

Par le Dr E. RAPIN.

Le 6 juin 1894, nous présentions à la *Société Médicale de Genève* un petit chat blanc, que nous considérions comme pouvant être affecté de scarlatine à la période de desquamation. Voici d'ailleurs sa courte histoire :

Ce chat, âgé de quelques semaines seulement, appartenait à une famille russe qui comptait, parmi ses membres, deux jeunes filles atteintes de scarlatine. Compagnon inséparable des deux fillettes, il ne tarda pas à tomber très malade. Durant trois ou quatre jours, il ne cessa de pousser de petits cris plaintifs, en proie à de la fièvre, le corps brûlant, la peau rosée, la langue d'un rouge vif. On crut le perdre, nous dit-on, car l'on ne jugea pas à propos de nous rendre témoin de ces divers symptômes. Notre attention ne fut attirée sur ce jeune animal, qu'à la vue de la chute abondante de ses poils. Ce fut à ce moment là seulement que nous nous enquîmes des antécédents de cet état morbide. L'alopécie s'observait sur toute la surface du corps. Elle fut d'abord prononcée à la région postérieure, si bien que, la tête et le train de devant ayant conservé plus longtemps leurs poils, le petit félin, avec sa façon de crinière, prit un moment l'apparence d'un lion en miniature. L'épiderme avait l'aspect farineux, sans qu'il se produisît toutefois d'exfoliation bien évidente.

Appelé à faire une absence de quelques semaines, nous nous procurâmes avant de partir, un second petit chat, dans l'intention de lui faire partager le sort de celui qui était l'objet de notre observation. A notre retour, la famille russe avait quitté Genève, emmenant avec elle son propre chat. Nous apprîmes, sans plus amples détails, que le jeune commensal introduit par nous avait succombé.

Notre présentation à la *Société Médicale* ne suscita aucune remarque particulière des membres présents. Nous comprîmes que, en raison de sa nouveauté, le cas invitait plus au silence qu'à la discussion. D'ailleurs, n'appartenait-il pas à un chapitre encore inconnu — ou peu s'en faut — de pathologie comparée !

Spinola (1), bien que doutant de l'existence de la scarlatine chez les animaux, est disposé à l'admettre pour les chevaux. Les auteurs récents nient l'existence de cette maladie dans l'espèce animale. Friedberger et Fröhner croient à des erreurs de diagnostic, à des confusions avec l'érésipèle, la fièvre pétéchiale et autres éruptions à coloration rouge. Schneidemühl (2) veut que l'on élimine d'emblée les observations faites sur les chiens et les chats. Si, dit-il, ces animaux domestiques, vivant dans nos demeures, avaient de la réceptivité pour la scarlatine, cette maladie serait fréquente chez eux, vu leurs nombreux contacts, soit au lit, soit dans l'appartement, avec les enfants scarlatineux. Néanmoins, ajoute Schneidemühl, l'opinion que la scarlatine se montre chez maints animaux ayant été de nouveau soutenue, il serait utile qu'on se livrât à de nouvelles recherches. Elles permettraient peut-être de reconnaître si la maladie infectieuse, observée par Pétrowski dans les steppes kirghizes sur les bovidés, les moutons et les chèvres, est identique à la scarlatine humaine. Le Dr Behla (3), bien que peu disposé à admettre, chez les animaux, l'existence de la scarlatine vraie, attire toutefois l'attention sur un animal particulièrement prédisposé aux éruptions rouges. Cet animal, c'est le cochon.

Le Dr Behla croit avoir constaté, chez des cochons, tous les symptômes de la scarlatine, alors qu'une épidémie de scarlatine sévissait parmi les enfants. Le caractère de la maladie se montra sévère et la mortalité grande. Un journalier qui avait perdu quatre enfants en quatre jours, s'étant servi du contenu des paillasses comme litière pour ses porcs, au lieu de le brûler, selon la recommandation qui lui en avait été faite, vit deux de ces animaux enlevés très rapidement, après avoir presenté une éruption rouge. Des faits analogues furent constatés dans la même épidémie.

Nous en étions là de notre diagnostic d'attente et de

(1) Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie für Tierärzte 18[illegible]3. Bd. II. p 56.

(2) Lehrbuch der vergleichenden Pathologie und Therapie des Menschen und den Haustieren.

(3) Ueber das Vorkommen von Scharlach bei Tieren, von Sanitatsrat Dr Robert Behla in Luckau. *Centralblatt fur Bacteriologie, etc.* 21 Juni 1897.

nos perplexités, quand un nouveau cas, tout pareil au premier, s'est présenté dans une famille de notre clientèle. Nous le reproduisons tel qu'il nous a été rapporté, n'ayant pas assisté, pour cause de maladie, aux phases successives de l'événement. Appelé dernièrement chez M. P., au Grand Lancy, près Genève, nous eûmes l'occasion de remarquer, dans son appartement, un chat blanc et noir, au poil long et abondant, dont la beauté nous frappa. « Il a pris cette belle apparence depuis sa scarlatine », nous dit la maîtresse de la maison. — L'on suppose bien que nous tendîmes l'oreille à l'ouïe de ce récit! — Elle nous apprit alors que, en février 1900, sa fillette ayant eu la scarlatine, en même temps que d'autres enfants de ses relations, le chat, qui n'avait que trois semaines et que la petite fille prenait souvent auprès d'elle dans son lit, devint malade à son tour. Durant plusieurs jours, il fut triste, se tenant caché sous les meubles. Plus tard, alors qu'il commençait à reprendre sa gaieté, l'on remarqua qu'il perdait ses poils. La tête, le cou, l'avant-train furent bientôt dégarnis. Sur le reste du corps, les poils tombaient, moins copieusement peut-être, mais leur chute était manifeste; lorsque l'animal se grattait, il projetait autour de lui des touffes de poils. En même temps, la peau parut couverte d'une poussière farineuse.

Ce petit chat maigrit beaucoup. Ce ne fut qu'après quelques semaines de desquamation que la santé générale reprit ses droits.

Il est à noter qu'une vieille chienne, appartenant également à la famille P., ne présenta rien de particulier.

Tels sont les faits! Bien que la transmission de la scarlatine de l'homme à l'animal semble, avec une quasi-certitude, découler de leur enchaînement, il faut convenir que, en ce temps de microbes et de rigueur scientifique, une preuve plus tangible, plus propre à forcer la conviction, pourrait être exigée. Or, le microbe tant cherché, s'étant jusqu'à présent dérobé aux investigations, nous n'avons d'autres ressources, pour démontrer la contagion, que le recours à des expériences, moins élégantes peut-être que celles qui ont pour but la poursuite et l'isolement d'un élément spécifique, mais susceptibles quand même de conduire à des résultats positifs. Ces expériences se réduisent simplement à la recherche et à l'imitation des conditions qui concourent à la transmission de la maladie aux animaux.

La réflexion de Schneidemühl, relatée plus haut, a de la valeur, sans doute, et vient naturellement à l'esprit de chacun. Il semble étrange, en effet, si la scarlatine était transmissible aux animaux, que la fréquence des rapports entre scarlatineux et chats — pour ne parler que de cette seule espèce animale — ne fut l'occasion de nombreux exemples de contagion!

En outre, les expériences de laboratoire, qui selon toute probabilité ont dû être faites en vue de provoquer la contagion, ne semblent pas avoir été bien fécondes, à en juger par le silence de la science dans ce domaine. L'on aurait donc quelque droit à prétendre que la scarlatine est une maladie exclusivement humaine.

Toutefois, en réponse à ces arguments, nous serions tenté d'objecter que des faits positifs ont pu échapper à l'observation. Une maladie chez un chat ne constitue pas, en général, un événement palpitant d'intérêt, capable de retenir l'attention. Pour le vulgaire, un chat qui perd ses poils est un galeux dont on se débarrasse au plus vite.

Quant aux tentatives d'inoculation qui auraient été pratiquées, l'on pourrait se demander si l'animal en expérimentation offrait les meilleures garanties de réceptivité. Nous savons que toute manifestation contagieuse demande la coopération de deux facteurs : la graine et le terrain — et qu'il ne suffit pas de mettre les deux termes en contact pour obtenir le résultat désiré. Il faut encore que chacun d'eux, sous peine de stérilité, réponde à certaines conditions et qualités.

Il est, en particulier, une loi, à portée assez générale, dont l'observation n'est pas indifférente en pathologie expérimentale; elle s'inspire de la variabilité du pouvoir réceptif, selon l'âge des sujets. Or, cette loi nous enseigne que la réceptivité pour les virus paraît être d'autant plus active que l'animal est plus jeune. Très puissante dans les premiers temps de la vie, la réceptivité va s'affaiblissant avec l'âge, jusqu'à s'éteindre complètement. Nous trouvons un exemple de cette extinction chez le chien auquel on inocule le charbon. Les jeunes chiens se montrent très sensibles au virus charbonneux, plus réceptifs même que le cobaye. Par contre, arrivé à l'âge adulte, le chien est devenu absolument réfractaire à l'inoculation de ce même virus qui l'eut fatalement tué dans sa prime jeunesse.

De même, le virus *atténué* du charbon, inoculé à la souris, est revivifié et s'exalte en virulence, à la condition que l'opération soit pratiquée à la naissance de l'animal, sans tarder même d'un jour.

Qui nous dit qu'il n'en soit pas de même pour le chat en contact avec le poison scarlatineux? Chose certaine, c'est que les chats qui sont l'objet de nos deux observations étaient de très jeunes sujets.

Nous avons cru intéressant de publier ces deux faits dans la conviction — nous ne dirons pas absolue, mais suffisamment affermie — où nous sommes, qu'il s'agit bien ici de la transmission à l'animal d'une maladie de l'homme. Il résulte pour nous de ces données que, si, dans un but expérimental, nous étions appelé à nous prononcer sur les moyens les plus susceptibles de favoriser la transmission au chat de la scarlatine humaine, nous ferions tout d'abord un choix d'animaux entre les plus jeunes. Voilà pour le terrain. Quant à la graine et à son ensemencement, nous croirions avoir satisfait aux indications les plus rationnelles, en invitant le scarlatineux, opérateur bénévole, à vivre dans une tendre promiscuité avec le sujet en expérience, et en lui recommandant, pendant ce partage de vie commune, d'additionner d'une dose quotidienne de salive le lait destiné à l'alimentation de son jeune pensionnaire, sans oublier d'y ajouter, en même temps, les produits épidermiques qu'il pourrait récolter sur la surface de son propre corps. Telle serait, à l'occasion, notre ligne de conduite.

CONCOURS POUR LE PROSECTORAT. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le 23 mai 1901. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 11 mai.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. le médecin de 1re classe Defressine, du cadre de Lorient, est désigné pour embarquer sur le *Cassini* (Escadre du Nord), en remplacement de M. le Dr Lucas, qui terminera, le 23 février courant, la période règlementaire d'embarquement.

AU CONGO FRANÇAIS. — Le vapeur *Ville-de-Bruxelles* vient de ramener, à Anvers, le docteur Haller, membre de la mission Foureau-Lamy, qui eut le fémur brisé au cours de la poursuite que le commandant Reibell dirigea contre Fadel Allah, le fils de Rabah. Le docteur Haller est cloué sur son lit depuis bientôt huit mois. Il a été transporté à la gare; il se dirige sur Paris, où, dès son arrivée, il devra subir une grave opération. (*Le Temps*.)

CLINIQUE MÉDICALE

Sur un cas de zona de la cuisse gauche consécutif à l'absorption d'ergotine;

Par M. M. Druelle.
Interne de Saint-Lazare.

J'ai eu l'occasion d'observer dans le service de mon maître, M. le Dr Jullien, à l'infirmerie de Saint-Lazare, un cas de zona qui, banal par sa symptomatologie et son évolution, revêt peut-être quelque intérêt du fait de son étiologie possible. Disons de suite que comme l'indique le titre de cette communication, il s'agit d'une éruption postérieure survenue chez une malade très peu de temps après l'ingestion de dragées d'ergotine.

Après avoir tout d'abord donné l'histoire du cas que nous avons observé, nous aurons à vous demander s'il n'y a qu'une coïncidence entre cette absorption d'ergotine et les phénomènes éruptifs, ou bien au contraire si il existe entre eux un rapport de cause à effet et si le médicament présenté à notre malade est responsable de l'incident qui est venu se surajouter à son histoire clinique.

Observation. — X..., fille en carte, 23 ans, entre à l'infirmerie de Saint-Lazare, salle nº 14, service du Dr Jullien, pour des végétations vulvo-anales, le 27 août 1900. La malade a déjà séjourné à plusieurs reprises dans le service. Elle y est entrée pour un chancre syphilitique suivi d'accidents secondaires, il y a 18 mois. Angine phlegmoneuse, il y a 15 mois. Opérée, il y a peu de temps pour des végétations adénoïdes et déjà soignée dans le service pour des végétations vulvaires. Actuellement la malade présente des papillaires en assez grande quantité autour de l'anus et sur le périnée, une grosse végétation plate sur le gland clitoridien ; d'autres enfin dans le tiers inférieur du vagin.

28 *août*. — Ablation des végétations.

6 *septembre*. — Métrorrhagie abondante. Du reste, la malade est mal réglée : les règles, irrégulières d'apparition, sont douloureuses pendant parfois une semaine. Contre cette métrorrhagie, M. Jullien prescrit de prendre 4 dragées d'ergotine par jour. Ces dragées sont dosées à 20 milligrammes d'ergotine. La malade prend 3 de ces dragées dans la journée.

7 *septembre*. — Dès le matin, à son lever, la malade ressent des douleurs dans la cuisse gauche. Elle se plaint plutôt d'une douleur persistante et continue, que d'élancements de forme névralgique. Elle prend ce jour 4 dragées d'ergotine.

8 *septembre*. — Au début de la journée, la malade chez qui les douleurs persistaient toujours, tout en ayant augmenté d'intensité, a remarqué à peu près à mi-hauteur de la face antéro-interne de la cuisse un petit groupe de vésicules qui n'étaient entourées que d'une très faible aréole rouge à leur périphérie. L'après-midi apparaît un nouveau groupe de vésicules situé beaucoup plus haut et en dedans que le précédent. A pris 2 dragées d'ergotine.

9 *septembre*. — De nouveaux groupes vésiculeux se disséminent en certains points de la face antéro-interne de la cuisse. On supprime l'ergotine.

10 *septembre*. — L'éruption est actuellement floride et a l'air entièrement constituée. On trouve une grande quantité de bouquets de vésicules situés presque tous sur la face antéro-interne de la cuisse gauche empiétant sur les territoires cutanés des nerfs obturateur et crural. Ces éléments de zona peuvent être considérés comme distribués suivant deux bandes allongées à peu près parallèlement à l'axe du membre.

La première de ces bandes commence à peu près au milieu de la face antérieure de la cuisse un peu au-dessus du point où se sont montrées les premières vésicules. De là, elle descend vers la face interne du genou qu'elle recouvre de groupes nombreux qui se retrouvent également en assez grande abondance au niveau de la face antérieure de la rotule. Située en arrière et en dedans de celle-ci, se trouve notre seconde bande qui commence plus haut, à 4 travers de doigt environ du pli labio-crural. On remarque à cet endroit et pendant 5 ou 6 centimètres des groupes très florides de grosses vésicules confluentes pressées les unes contre les autres. De là cette seconde bande d'éléments éruptifs descend, empiétant légèrement et de plus en plus sur la face postérieure de la cuisse et va se terminer dans le creux poplité dont elle occupe la zône la plus interne. Là, les deux bandes qui étaient séparées par un triangle allongé de peau presque saine à base supérieure et à sommet inférieur se réunissent et leurs groupes vésiculeux se confondent. Sur la face externe de la cuisse, on ne trouve qu'un petit placard érythémateux et non vésiculeux. Sur la face interne de la jambe gauche, on trouve quelques placards de fines vésicules peu développées. Deux placards seulement sur la face externe. Tous ces éléments jambiers se trouvent situés sur la moitié supérieure de ce segment du membre. Rien sur la grande lèvre gauche ni sur le pied du même côté. Considéré au point de vue de la manière d'être de ses éléments constitutifs, ce zona ne semble avoir actuellement aucune tendance à devenir hémorragique ou gangréneux. C'est à peine si les bulles du premier placard sont remplies de liquide un peu teinté. De ci et de là, on trouve de rares éléments à contenu pyoïde. Pas de douleurs spontanées névralgiformes, mais la sensation de gêne continue persiste toujours. Mais les moindres mouvements du membre sont très douloureux et le poids seul des couvertures fait souffrir la malade.

Les troubles de la sensibilité provaginée ne sont pas très marqués non plus. Les bulles et leur voisinage immédiat sont vivement hypéresthésiques, mais la peau saine est le siège d'une sensibilité normale. Le membre n'est pas œdematié.

On ne trouve pas dans l'état général de la malade la cause de ce zona. Le tube digestif est sain : la langue n'est pas saburrale, l'estomac n'est pas dilaté, le fonctionnement de l'intestin est bon. La malade n'est pas rhumatisante. Sous ce rapport, elle n'accuse que quelques vagues douleurs articulaires survenues au moment d'une albuminurie qu'elle a récemment présentée. Celle-ci est d'ailleurs complètement disparue.

Il y a de l'élévation de température : TS = 37°,8.

12 *septembre*. — Quelques ganglions douloureux dans l'aine gauche. Douleurs toujours très vives. TM = 37°,02, TS = 37°,07. Très peu de nouvelles vésicules, mais apparition d'une assez grande quantité de petites taches érythémateuses foncées, surtout au niveau de la bande de peau saine signalée plus haut entre les deux zônes vésiculeuses principales.

13 *septembre*. — TM = 37°,04, TS = 37°,4. Douleurs moins vives.

14 *septembre*. — La malade appelle l'attention sur une petite lésion érosive, située sur la face interne de la grande lèvre droite. Il semble qu'il se soit agi là d'une vésicule ulcérante.

15 *septembre*. — Quelques éléments vésiculeux commencent à se dessécher. La température reste normale. Les douleurs ont complètement disparu.

18 *septembre*. — Eruption en voie normale de guérison. Adénopathie disparue.

25 *septembre*. — La malade quitte le service presque complètement guérie de ce zona.

Telle est, relatée dans ses détails, l'histoire du cas que nous rapportons ici.

On y remarquera que la prescription d'ergotine fut faite le 6 septembre et que, ce jour, la malade en absorba 3 dragées, soit 60 milligrammes. Or, ce fut dès le lendemain, tout au matin, qu'elle attira notre attention sur les douleurs qu'elle ressentait dans le membre où devait se développer son zona, et qui firent partie intégrante du tableau clinique de celui-ci. Nous pouvons donc dire que notre zona a immédiatement succédé et de la façon la plus rapide possible, à notre intervention, par le moyen de l'ergotine, contre les métrorrhagies que présentait notre malade et à l'ingestion des premières doses du médicament.

Examinons maintenant les données étiologiques actuellement admises en ce qui concerne le zona et voyons si elles viennent à l'appui de notre hypothèse,

c'est-à-dire si elles nous permettent de croire que, dans notre cas, l'ergotine peut être mise en cause dans sa pathogénie.

A côté de la fièvre zostérienne que Trousseau, Erb, Landouzy, considèrent comme une maladie infectieuse, et des zonas que l'on observe encore au cours ou à la suite d'infections diverses, on en observe d'autres que de par leur étiologie, on peut réellement appeler toxiques : « Le rôle de certaines intoxications et auto-intoxications dans l'étiologie du zona semble parfois non douteux », disent MM. Hallopeau et Dredde dans leur traité pratique de dermatologie.

Nombreux, d'autre part, sont les cas de zona d'origine toxique qui se trouvent rapportés dans la récente thèse de M. Méresse intitulée : « Du zona dans les intoxications et les auto-intoxications. »

Laissant de côté ces dernières — urémie, diabète — qui n'ont pour nous qu'un intérêt relatif, passons en revue, sans entrer dans le détail des faits, les corps à la toxicité desquels ont été imputables des cas d'éruption postérienne. On a signalé à plusieurs reprises dans l'intoxication oxy-carbonée : l'arsenic a paru pouvoir être mis en cause dans certains zonas survenus au cours de médications arsénicales ; on en a également observé au cours du saturnisme ; dans certaines intoxications alimentaires, à la suite de l'ingestion de moules en particulier, il a été aussi noté. Enfin, pour borner là cette énumération, disons que M. Jacquet a vu survenir, sous l'influence de l'iodure de potassium, un zona ophtalmique qui se développa 3 ou 4 jours après l'administration de ce médicament.

Aucune mention, il est vrai, dans la thèse sus-indiquée n'est faite d'une action pathogène identique possible de l'ergot ou de ses dérivés.

De même, les traités de matière médicale et de thérapeutique, dans les chapitres où ils étudient les effets toxiques des préparations ergotées employées à titre médicamenteux ne signalent nulle part aucune éruption zostérienne dont elles auraient pu être rendues responsables.

Ajoutons encore que dans l'ouvrage du Dr Lhlers de Copenhague sur « l'Ergotisme » où se trouvent étudiés, au point de vue historique, clinique et hygiénique, les grands accidents d'ergotisme alimentaire qui décimèrent à différentes reprises plusieurs contrées européennes, on ne voit nulle part les gangrènes habituellement symptomatiques de cette intoxication être accompagnées de phénomènes rattachables au zona.

D'ailleurs, il nous faut bien reconnaitre qu'en dehors de son zona, notre malade n'a présenté aucun phénomène morbide qui pût nous faire supposer que l'ergotine qu'elle avait ingérée, avait provoqué chez elle des accidents d'intoxication.

Devons-nous donc croire qu'il n'y a eu chez elle qu'une coïncidence fortuite entre l'absorption du médicament et le développement de l'éruption? — Prouver, de façon précise, le contraire n'est évidemment pas en notre pouvoir, mais nous ne pouvons pas ne pas être frappés du fait de l'apparition de ce zona, dans un si court laps de temps après la prise de l'ergotine. En nous basant sur cette considération d'une part, en nous appuyant d'une autre sur ce que de nombreux zonas ont une origine toxique, que certains, entre autres, ont une origine médicamenteuse (cas de M. Jacquet, par exemple), nous pensons que l'ergotine absorbée par notre malade et le zona fémoral qu'elle a présenté sont unis entre eux par un rapport de causalité.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Note statistique sur le rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécillité.

Dans une note statistique, qui remonte à 1888 (1), nous trouvions sur 926 observations 38 cas de consanguinité, soit une moyenne de 4,1 0/0 se décomposant ainsi :

Consanguinité sans indication de degré ..	3
Parents cousins germains	18
— — issus de germains	14
— — du 3e au 5e degré	3
	38

L'année suivante, un de nos élèves, M. Gottschalk (2), a repris la question en se fondant sur une statistique comprenant un nombre un peu plus grand de cas. Enfin, dans sa thèse inaugurale (3), M. le Dr Gillet (Th.) a poursuivi cette statistique jusqu'au premier janvier 1900. Ses recherches ont porté sur 1713 de nos observations (garçons et filles) ; 46 cas de consanguinité ont été relevés, soit une moyenne de 2,68 0/0 se décomposant ainsi :

Parents cousins germains	28
— issus de germains.	9
— cousins du 3e au 5e degré	7
— oncle et nièce	2
	46

Nous avons complété cette statistique jusqu'au 31 décembre 1900. Dans les 2.784 observations (4) formant l'ensemble des malades ayant passé dans notre service de Bicêtre depuis 1879 jusqu'au 31 décembre 1900 et de la Fondation Vallée depuis mars 1890 jusqu'au 31 décembre 1900, nous avons noté 91 cas de consanguinité, soit une moyenne de 3,23 0/0. Ils se décomposent ainsi au point de vue du degré de parenté des ascendants :

Consanguinité sans indication de degré ..	5
Parents cousins germains	43
— — issus de germains	24
— — du 3e au 5e degré	17
— oncle et nièce	2
	91

Le tableau suivant donnera une idée des diverses affections dont étaient atteints ces malades.

(1) [illegible] 1888 [illegible].

(2) Gottschalk. — *[illegible] de la consanguinité [illegible] la production de l'idiotie et de l'épilepsie.* Th. de Paris, 1889.

(3) Gillet (Th.). — *Étude [illegible] de la consanguinité dans [illegible] de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécillité.* — Thèse de Paris, 1900.

(4) [illegible] Vallée [illegible] premiers [illegible] Salpêtrière et figurant dans notre première note statistique.

MALADIES.	HOMMES ET GARÇONS.	FEMMES ET FILLES.
Hystérie et hystéro-épilepsie	»	3
Épilepsie dite idiopathique	16	9
— symptomatique	7	1
— hémiplégique	1	»
Idiotie symptomatique	13	8
— myxœdémateuse	»	1
— microcéphalique	2	1
— hydrocéphalique	4	»
— et hémiplégie	1	»
— méningitique	1	1
Folie des enfants, manie, excitation maniaque, délire des persécutions	»	1
Imbécillité	10	6
— et chorée	»	1
— et syndrome de Little	3	»
— et cécité congénitale	1	»
	59	32
TOTAL	91	

La proportion de 3,23 pour cent des cas de consanguinité montre le rôle à peu près insignifiant de la consanguinité dans la genèse des maladies nerveuses chroniques de l'enfance. Et, dans les 91 cas (sur 2,784), intervient, à un degré variable, une influence bien autrement puissante : l'*hérédité*. Le mariage entre cousins de vigoureuse constitution, *sans tares héréditaires*, donnera des enfants sains. Si les conjoints ont l'un ou l'autre ou tous les deux une hérédité chargée, leurs enfants seront atteints, non du fait de la consanguinité mais du fait de l'hérédité, de dégénérescence mentale ou physique, d'épilepsie, d'hystérie, d'idiotie, etc. C'est là une opinion que nous avons formulée il y a longtemps et que confirme cette nouvelle statistique. BOURNEVILLE.

Cours libre de thérapeutique oculaire : M. le Dr Darier.

M. le Dr DARIER a commencé mercredi 24 avril, à l'amphithéâtre Cruveilhier, de l'Ecole Pratique, ses leçons de thérapeutique oculaire basées sur les découvertes les plus récentes.

Le conférencier a brillamment exposé ses idées personnelles, basées sur vingt années d'étude et d'expérience sur la thérapeutique de l'œil qui, plus que tout autre organe, se prête à l'expérimentation. Après avoir insisté sur les nouveaux agents que l'oculiste doit aux progrès de la chimie moderne, M. Darier a démontré la banalité et l'insuffisance, jusqu'à l'heure actuelle, de la thérapeutique des oculistes. A la triade omnipotente de l'atropine, du nitrate d'argent et du mercure, il convient maintenant d'ajouter l'extrait de capsules surrénales, puissant vaso-constricteur, la dionine, vaso-dilatatrice énergique, des anesthésiques, des antiseptiques, des topiques nouveaux, de nouveaux procédés thérapeutiques (agents physiques, etc.) que l'auteur passera successivement en revue dans ses intéressantes leçons.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 avril. — PRÉSIDENCE DE M. RAILLET.

Formule hémato-leucocytaire dans la vaccine expérimentale.

M. DOMINICI. — D'après les recherches de MM. Roger et Weill, la vaccine expérimentale annulée a une mononucléose lymphogène accentuée. Pour l'auteur, le tableau hématologique de la vaccine expérimentale du lapin cadre avec celui de la plupart des infections aiguës expérimentale à marche cyclique. *a*) La mononucléose fait suite à une polynucléose qui dure du troisième au septième jour. *b*) A la polynucléose se joint une poussée d'hématies nucléées comparable à celle des septicémies Ebertienne, colibacillaire, pneumococcique.

De plus l'association réactionnelle de la polynucléose et de la mise en circulation des hématies nucléées doit être envisagée à un autre point de vue. Elle marque la phase où s'élabore l'immunité vaccinale. La polynucléose et la migration des globules rouges nucléées cessent à partir du sixième jour, c'est la date où les lapins viennent d'acquérir l'immunité vaccinale (Calmette et Guérin).

C'est une confirmation de la correspondance existant entre la mise en activité parallèle des leucocytes à granulations amphophiles et des éléments hémoglobinifères. d'une part et la défense de l'organisme et l'immunisation contre les agents infectieux.

Cytotoxine pancréatique.

M. SURMONT (de Lille) a préparé un sérum cytotoxique pour la cellule pancréatique en injectant dans la cavité péritonéale des lapins une émulsion de cellules pancréatiques de chien. La grande toxicité de la cellule pancréatique du chien pour le lapin rend la fabrication de sérum difficile; en graduant les doses ou en employant de la poudre de pancréas desséché au lieu de pancréas frais, on obtient des résultats mais non sans mécomptes.

Injecté sous la glande pancréatique du chien à des doses de 1 à 4 c.c., il détermine des accidents variant avec la dose : mort en 24 heures, ou plus lente du 13e au 22e jour, après des accidents de glycosurie passagère ; ou bien indisposition passagère avec rétablissement définitif. A l'examen anatomo-pathologique, le pancréas présente des lésions cellulaires très importantes dont la description détaillée sera donnée dans un mémoire ultérieur. *In vitro*, le sérum antipancréatique est pourvu d'une action antitrypsique nette. Le lapin fournit une réaction particulière : il se produit des escarres très étendues de la peau à la suite d'injections sous-cutanées de cellules pancréatiques ; ces plaques succèdent à un œdème gélatiniforme ; soit le sérum, soit les cellules pancréatiques injectés seuls ne donnent pas ces résultats.

Injections extradurales.

M. CATHELIN a obtenu, comme M. Sicard, en injectant la cocaïne par la voie lombo-sacrée, et en dehors de la dure-mère, des résultats avantageux. E. P.

Sur la distribution et le mécanisme de l'anesthésie par injection intra-rachidienne de cocaïne.

MM. A. PITRES et J. ABADIE (de Bordeaux). — MM. Tuffier et Hallion ont conclu, de leurs expériences sur des chiens, que la cocaïne injectée dans l'arachnoïde lombaire devait presque exclusivement ses effets anesthésiants à son action sur les racines postérieures. Si l'on étudie, chez l'homme, la manière dont débute, se propage et se localise l'anesthésie par rachicocaïnisation, les phénomènes que l'on constate sont favorables à cette interprétation : en effet, la distribution et l'envahissement de l'analgésie n'affectent pas une disposition nettement métamérique, comme ce devrait être le cas si la moelle elle-même était en cause.

M. Hallion.— Telle est en effet la conclusion à laquelle nos recherches expérimentales nous avaient conduits. Il est bon de préciser qu'il s'agit ici uniquement de l'action anesthésiante de la cocaïne injectée dans le liquide céphalo-rachidien à dose faible, comme c'est le cas chez l'homme.

En dehors de l'anesthésie, on note certains effets d'excitation motrice, telle est, par exemple, l'augmentation de la contractilité utérine, qui, d'après M. Doléris, exerce au cours de l'accouchement une influence eutocique ; ces effets sont dus à ce que la cocaïne, abordant l'axe gris à dose excessivement faible, y détermine une stimulation (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 avril 1901.

Au début de la séance M. le président Guyon prononce, en termes d'une élévation rare, l'éloge de M. le Dr Napias. Il rappelle avec justice sa valeur d'hygiéniste; sa puissance de travail et son absolu dévouement.

Les traumatismes par les projectiles actuels.

M. Delorme montre, surtout au membre supérieur, la possibilité et les avantages de la méthode conservatrice, même en cas de traumatismes graves. Mais cette méthode exigeant des procédés lents et complexes, une stabilité relative, un personnel nombreux ne pourra guère se faire dans les ambulances. Elle appartiendra surtout aux hôpitaux de campagne.

Pseudolithiases médicamenteuses de l'intestin.

M. Langenhagen (de Plombières) montre que les cachets médicamenteux trop serrés, agglomérant comme dans le cas qu'il a observé la magnésie et la chaux en un bloc compact non pulvérulent, peuvent devenir l'origine de calculs intestinaux.

Le strabisme des nouveau-nés.

M. Scrini signale la fréquence du strabisme congénital, ordinairement passager. Ce strabisme s'observe surtout chez les enfants de primipares.

La lutte contre la tuberculose.

MM. Lemoine et Carrière (de Lille) discutent les divers moyens proposés. Ils attachent une importance plus grande à la prophylaxie qu'au traitement direct, en particulier au traitement par les sanatoriums. Cependant ils se rallient pleinement à l'idée si juste, développée récemment par M. Brunon : créer un peu partout, à très peu de frais, de petites installations improvisées, très simples, dans des locaux déjà existants. Voici leurs conclusions : 1° L'application de toutes les lois qui ont pour objet l'assainissement des villes, des logements insalubres à la ville comme à la campagne, celui des usines, la surveillance des denrées alimentaires, la réglementation du travail ; 2° la participation *effective* de l'Etat à la lutte contre l'alcoolisme, cause de la fréquence de la tuberculose, par la promulgation et la mise en vigueur de lois coercitives ; 3° la séparation dans les hôpitaux des sujets atteints de tuberculose pulmonaire ; 4° l'efficacité des sanatoriums n'étant nullement démontrée, employer l'argent qu'on veut leur consacrer à la mise en œuvre des mesures hygiéniques réclamées précédemment, à perfectionner et à étendre l'action des Bureaux de bienfaisance et de l'Assistance médicale gratuite pour permettre de lutter plus énergiquement contre la tuberculose ; 5° l'emploi de la cure libre, pratiquée suivant l'etat social des malades, et, en ce qui concerne les indigents, l'utilisation des sanatoriums de fortune préconisés par M. R. Brunon (de Rouen).

(1) Cette note a été présentée à la Société par le Dr Hallion, au nom des auteurs.

La goutte et l'arthritisme.

M. Morel-Lavallée a, contrairement à l'opinion classique, rencontré presque toujours chez les goutteux, l'hypoacidité des humeurs (12 fois sur 13 cas). Ce fait, indiquant une médication alcaline usuelle, a une grande importance thérapeutique. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 avril 1901. — Présidence de M. Beni-Barde.

La séance est ouverte à 4 heures 30. — Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté. M. le président annonce que M. Nicolas (de la Bourboule), assiste à la séance.

M. Ad. Nicolas appelle l'attention de la Société sur les prix Nobel. M. Nobel, ingénieur suédois, inventeur de la dynamite, a laissé en mourant un capital de cinquante millions à distribuer en prix, aux auteurs de travaux utiles au progrès, et répartis entre cinq catégories de sciences, arts ou lettres. Ce sont : la chimie, la physique, la *médecine*, la littérature au point de vue idéaliste et tous travaux de nature à favoriser la fraternité humaine,

La famille ayant réclamé, a obtenu la moitié de la succession. Mais il reste vingt-cinq millions dont les intérêts représentent encore une somme considérable.

Chacun des prix, d'une valeur représentant le cinquième de ces intérêts, doit être attribué au moins une fois en cinq ans. Chacun d'eux ne peut être divisé en plus de trois fractions.

Ce qui m'invite à signaler le fait à la Société, c'est d'abord qu'il est peu ou mal connu. C'est, ensuite, que les candidats ne peuvent présenter directement leurs travaux ; il faut qu'ils soient présentés par une Société savante, ayant le caractère de la nôtre ou même par un professeur de faculté. Le concours est fermé au mois de février et les prix sont distribués en octobre. Les travaux doivent être imprimés.

Ces prix étant d'un caractère particulièrement rémunérateur, il m'a semblé utile de les signaler, d'autant qu'il est constitué dès aujourd'hui un reliquat de prix que l'on ne pourrait pas distribuer, et dont les intérêts serviront à donner des encouragements aux auteurs de travaux en cours d'élaboration.

La Société pourrait demander les statuts de l'Institut Nobel à Stockholm. Ils lui seront délivrés immédiatement.

Correspondance imprimée.— Revues et journaux habituels. Touraine médicale. *Comment on défend sa santé par les eaux minérales naturelles*, par M. Grasset. M. Picqué offre à la Société le Tome I (année 1901) de son important recueil de travaux publiés en collaboration avec le Dr Dagonet, et qui a pour titre : *Chirurgie des aliénés*.

Correspondance manuscrite. — Carte pneumatique de M. Albert-Weil s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et priant la Société de reporter au 11 mai la lecture de son rapport sur la candidature de M. Laquerrière.

M. Tissier lit son rapport sur la candidature à l'honorariat de M. le Dr G. Richelot.

Dans la dernière séance vous avez nommé une commission composée de MM. Leudet, Polaillon et Tissier, rapporteur, pour examiner la demande de notre collègue le Dr G. Richelot à l'honorariat.

Le Dr G. Richelot fait partie de notre société depuis 1882 c'est-à-dire depuis plus de quinze ans ; à l'appui de sa candidature il présentait alors un mémoire inédit sur les abcès chauds et le pansement de Lister, ce qui nous valut un excellent rapport de notre distingué collègue Polaillon.

Ses fonctions de professeur agrégé à la Faculté, de chirurgien des hôpitaux, de membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, les exigences de la clientèle, l'ont, malheureusement pour la Société, éloigné trop souvent de nos séances où nous aurions voulu le voir plus régulier. Il nous a donné cependant la primeur de quelques mémoires intéressants : nouveau procédé pour la guérison de la fistule salivaire du canal de Sténon ; calcul de l'urètre et calcul enchatonné de la prostate ; sur un cas d'hématurie à diagnostic incertain et à pronostic réservé ; procédé définitif de l'hystérectomie abdominale. Ces mémoires ont tous été le point de départ de discussions intéressantes.

Nous accorderons donc l'honorariat à notre collègue G. Richelot dont nous ne voulons pas nous séparer, et avec l'espoir qu'il assistera encore quelquefois, et même plus souvent, à nos séances.

Nous conserverons le souvenir de cette année de présidence qu'il vient de terminer et où il a su diriger nos débats avec tact, aménité et distinction ; rappelant, aux plus anciens parmi nous, la présidence en 1876 de son distingué et regretté père.

Les conclusions favorables de ce rapport sont mises aux voix et adoptées ; le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. Leudet lit la première partie d'un travail intitulé : **Considérations sur la phtisie pulmonaire.** (*Sera publié.*)

M. Grasset ajoute quelques mots relatifs au rôle des sanatoriums.

Je laisse de côté les sanatoriums destinés à la clientèle bourgeoise ou riche, je dirai seulement que, bien que partisan du principe, je ne puis m'empêcher de blâmer la méthode uniforme qui y préside ; la cure hygiéno-diététique a souvent besoin d'être activée par d'autres procédés physiques et médicamenteux variables avec chaque individu; la question de climat y est trop laissée de côté ainsi que celle d'altitude, l'organisation intérieure et la discipline laissent trop à désirer. Les sanatoriums ressemblent beaucoup à de vulgaires hôtels commerciaux, pour que les critiques nombreuses qu'on leur a adressées ne soient pas justifiées, ce qui fait que la majorité des médecins parle contre eux. N'exagérons point, le principe est excellent, la méthode jusqu'ici seule est défectueuse, il faut étudier les améliorations à apporter.

Les sanatoriums populaires qui fonctionnent à l'étranger, reposent véritablement sur deux bases que la philanthropie voile ; 1° la peur du contage ; 2° la sauvegarde du capital des Sociétés mutuelles. Il ne faut point oublier que, chez nos voisins, les Sociétés d'assistance mutuelle, beaucoup plus développées que chez nous, ont été les grandes propagatrices des sanatoriums populaires, pensant avec juste raison qu'il valait mieux payer au début quelques journées d'hospitalisation que des années de maladie. J'espère que chez nous les motifs sont plus humains, malgré que les metteurs en œuvre, qui se mettent surtout en vue, fassent plus de bruit que de besogne. Si le sanatorium d'Hauteville marche à merveille, celui d'Angicourt, nous apprend l'*Indépendance médicale* du 13 mars dernier, ouvert depuis six mois, « dépense quotidiennement près de 400 francs de frais généraux par jour, mais il n'y a *point de malades*; c'est le personnel qui fait la cure d'air et de repos, au grand dam, du reste, du budget de l'Assistance publique. »

L'autre jour, on nous demandait si l'on devait admettre à la fois des tuberculoses ouvertes, dans les sanatoriums populaires. Je n'y vois pas d'inconvénients, mais pour les contagionistes à outrance, la logique impose la séparation. Le sanatorium populaire ne me semble jouer qu'un faible rôle dans la lutte contre la tuberculose, pour diverses raisons. Tout d'abord, le tuberculeux au début, malgré tout ce qu'on lui dit, ne se croit pas atteint au degré qu'on lui annonce, il fait volontiers parade de sa vaillance et traite le médecin de pessimiste; c'est une idée ancrée qu'il est difficile d'extirper, d'autant plus malheureusement que c'est chez lui que la cure est plus facile à atteindre, et que c'est surtout pour lui que le sanatorium devrait être construit; ce ne sera donc pas facile de lui faire quitter sa famille pour un internat de quelques mois; qui fera vivre les siens pendant son absence, quel sera le resultat (s'il y consent) lorsqu'à son retour il retrouvera les mêmes causes de déchéances? Pour ces tuberculeux (fermés, suivant le terme classique), il me semblerait préférable de faire des colonies agricoles où émigrerait toute la famille, dont les membres travailleraient pendant que le chef reposerait et guérirait, et qu'il serait plus facile de décider à l'installation campagnarde, une fois la cure terminée. Par colonie agricole, je n'entends pas le labourage ou autres travaux spéciaux, mais l'apiculture, les élevages de basse-cour, le jardinage et l'horticulture, la culture et l'utilisation des fruits, etc. Il me semble qu'il y aurait là une direction beaucoup plus utile à la Société et aux malades. Le véritable sanatorium n'existerait que pour les tuberculoses ouvertes, au degré plus élevé à la guérison, ou après amélioration notable, on ferait passer le patient dans les colonies agricoles. Mais il est une question qui doit primer dans le sanatorium et la colonie agricole, c'est d'éviter l'agglomération et de restreindre à un petit nombre d'individus malades ; 40 à 50 au plus.

Pour les tuberculeux avancés, inguérissables, le sanatorium est inutile ; des hôpitaux extra-urbains suffisent.

En somme, je résumerai ces trois dernières communications en une formule. On n'a rien fait de sérieux, jusqu'ici, pour restreindre les progrès de la tuberculose ; si l'on veut agir efficacement, il faut faire de la médecine véritablement sociale, s'attaquer aux causes et ne pas s'arrêter à des palliatifs impuissants.

M. le Président. — Le résumé que vous venez d'entendre est digne d'éloges. Telle est du moins mon appréciation qui, j'en suis sûr, doit être aussi la vôtre. Cette question de la tuberculose captive l'esprit de tous les praticiens ; et vous avez reconnu son importance en la mettant à l'ordre du jour de plusieurs de vos séances, dans lesquelles quelques-uns de nos collègues sont venus avec empressement communiquer des observations intéressantes et nous faire connaître leurs nombreuses recherches.

Le Dr Leudet a très convenablement exposé les diverses opinions émises dans cette enceinte, les siennes, comme celles de ses contradicteurs, en donnant à chacune d'elles cette forme correcte, claire et concise qu'exige un résumé consciencieux.

Il a fait une juste part aux découvertes sorties des laboratoires et aux travaux importants qui appartiennent à la clinique proprement dite.

Dans cet ordre d'idées, guidé par un sens judicieux, il recommande la guerre incessante contre le bacille tuberculeux dont le rôle est difficile à préciser et dont les allures mystérieuses déconcertent parfois les esprits les plus avisés. Mais il leur conseille surtout d'étudier avec soin le terrain sur lequel peut se développer le germe homicide, en préparant l'organisme à soutenir victorieusement la lutte dont il est menacé.

Il a abordé, avec le plus grand discernement, la question des sanatoriums et des dispensaires consacrés au traitement du terrible fléau; et, tout en reconnaissant l'heureuse influence que peuvent exercer sur lui ces asiles spéciaux, il demande aux directeurs de ces asiles de surveiller avec une grande vigilance, des malades dont la santé peut être sérieusement compromise par la nocivité que provoque souvent une agglomération mal comprise.

Il ne cache pas sa préférence pour la cure individuelle qui offre au malade des ressources plus variées et au médecin une initiative plus féconde. Il vante les effets d'un milieu calme, peu excitant, choisi de préférence dans un climat pur, bien aéré et visité par le soleil, qui jusqu'à présent est considéré comme le plus actif des bactéricides. Il recommande, en outre, une alimentation substantielle qu'on peut rendre intensive selon les circonstances; il conseille en même temps le repos physique, la quiétude morale entrecoupés par des exercices bien combinés et des distractions bien choisies. Il propose enfin de soumettre les malades à une thérapeutique active, qu'il ne peut exposer longuement dans ce résumé dont il a bien voulu se charger, et qu'il se propose de développer ultérieurement en faisant appel à sa pratique personnelle.

En somme, c'est bien la méthode française qui semble avoir sa préférence, et je crois que beaucoup d'entre nous partagent son opinion.

Je regrette que ce rapport exclusivement consacré au résumé de nos débats ne contienne pas la mention du nouveau livre du Pr Brouardel dans lequel on trouve les empreintes remarquables de ce maître éminent, et de deux communications importantes qui ont été faites dernièrement à l'Académie de médecine par les Drs Albert Robin et Lancereaux.

Ces deux distingués confrères, déconcertés par la marche insidieuse du bacille de Koch dans la trame de nos tissus, ont mieux aimé chercher les moyens de rendre l'organisme invulnérable, ou tout au moins capable de lutter sérieusement contre l'invasion de la terrible bactérie.

Le Dr A. Robin a trouvé que l'organisme, qui se déminéralise et qui est en même temps le siège d'échanges respiratoires extravagants caractérisés par une déperdition exagérée d'acide carbonique et une absorption trop grande d'oxygène, est fatalement disposé au développement de la tuberculose. On peut

venir à son secours et s'opposer à son usure anticipée, si on reconnaît à l'heure propice le danger dont il est menacé.

Le Dr Lancereaux, en se basant sur plus de deux mille faits scientifiquement observés, accuse l'alcoolisme, la misère, les milieux pestilentiels, de favoriser chez l'homme l'aptitude à la tuberculose, et conseille, avec la plus sincère conviction, de lutter contre ces influences causales à l'aide de tous les moyens qui sont préconisés dans ces tristes circonstances.

Ces deux praticiens éminents considèrent cette maladie comme une véritable destruction de l'organisme, ressemblant à cette consomption spéciale décrite par Hippocrate. Cette manière de voir ne doit pas déplaire à notre collègue, M. Grasset, qui, en s'inspirant des idées de Pidoux, croit que presque toujours la tuberculose est le résultat de la misère physiologique.

J'ai entendu souvent ce remarquable médecin développer ses pensées sur ce difficile problème pathologique et reprocher à ses confrères de ne combattre cette affection qu'au moment où elle entrait dans sa période terminale. « Vous nous adressez ces malheureux quand la consomption a accompli son œuvre. Vous nous forcez, disait-il dans son langage imagé, à pousser, en les apercevant, ce cri de désespérance lancé par le Dante à ceux qui voyaient s'ouvrir devant eux les portes de l'enfer. Il faut commencer la lutte thérapeutique au début de la scène morbide, et vous rappeler que la phtisie pulmonaire est une affection chronique qui finit. »

M. Ad. Nicolas. — Sur la question des sanatoriums, il me semble que l'on arriverait plus facilement à s'entendre en faisant des distinctions.

Par exemple, il faudrait distinguer le but à atteindre. La question se pose bien différemment suivant que l'on se propose l'isolement ou la guérison.

S'il ne s'agit que d'isolement, il n'y a guère de divergences entre nous, je suppose, quand on se place au point de vue de la préservation sociale.

Il y en a, au contraire, si l'on se place au point de vue de l'intérêt privé. C'est là-dessus qu'il faut s'entendre. Déjà, s'il s'agit du pauvre, je ne crois pas qu'il soit plus mal dans un sanatorium que dans un hospice quelconque ou un hôpital, où il serait d'ailleurs aussi inutile à sa famille.

S'il s'agit de la classe moyenne ou de la classe riche, l'isolement, la séquestration, l'éloignement de la famille n'ont pas les inconvénients qu'on leur attribue. Il ne faut pas trop restreindre les vues en ce qui concerne les sanatoriums. Ils représentent souvent, en fait, des villes de 10.000 à 15.000 âmes où le milieu est très acceptable, où les distractions sont faciles, puisque tout est organisé en vue d'en procurer, non seulement les distractions bruyantes ou sportives qui ne font pas toujours l'affaire des poitrinaires, mais les distractions paisibles dans des locaux hygiéniques.

Si l'on vise la guérison, il faut distinguer bien des choses : l'état de la maladio, les conditions disciplinaires ou hygiéniques du sanatorium, enfin le sujet.

Mais, en ceci, les conditions climatériques de la région ou de la localité ont une importance capitale.

Même en se restreignant à la question de la prophylaxie ou de la cure tuberculeuse, il n'est pas indifférent, comme on semble le croire, que le sanatorium soit établi en montagne ou en plaine.

En plaine, il suffirait à l'isolement; mais la montagne présente des avantages considérables au point de vue de la guérison.

J'ai souvent insisté, pour ma part, sur le calme de l air dans les hautes régions pendant l hiver. Ce n est pas que l'on conteste ce calme, mais on en méconnait l'importance ; car l'état contraire c'est l'intempérie, si préjudiciable aux poitrinaires. L'altitude joue ici un rôle capital ; encore son influence varie-t-elle suivant la saison. Le calme est d'autant plus grand que l'on s'élève davantage. On verra surtout l'importance de son rôle dans les dernières explorations publiées de l'Himalaya. Je ne me rappelle pas les noms des voyageurs ; mais ces récits m'ont confirmé dans cette affirmation que j'ai souvent rappelée et que je ne vois pas mentionnée ; des rapports de la zone humide et venteuse avec l altitude suivant la saison. Pour ne parler que de nos régions et des latitudes tempérées, les hauteurs de 1.000 mètres sont la plupart du temps, pendant l'hiver, au-dessus de la zone humide qui s'étale en dessous d'elles, maintenue à un bon niveau par la pulvérulence de l'air. Mais la chaleur de l'été élève cette zone, et il faut distinguer cette chaleur estivale de la variation thermométrique très élevée en hiver aux niveaux supérieurs, à cause de la pureté et du calme de l'air. Il faut distinguer surtout les sanatoriums établis au voisinage des lacs de ceux établis sur des plateaux arides. L'évaporation est grande, même en hiver, sous l'influence de la radiation solaire intense, pour peu qu'il existe de l'eau à portée ; mais en hiver les vapeurs apparentes se cantonnent, soit autour du glacier des sommets, soit au-dessus des mares, des marais ou des lacs, avec cette différence que sur les marais et les lacs elle s'étale en nappe et se maintient, si le sanatorium fait partie d'une ville populeuse qui produise une certaine pulvérulence, tandis que dans les conditions contraires elle se diffuse aisément.

Toutes ces conditions sont extrêmement complexes, et pour fixer la climatologie de la région, et surtout de la localité, les observations instrumentales ne suffisent pas, il faut avoir vécu dans la localité un temps suffisant.

Enfin, il faut tenir compte du caractère et de la situation sociale du sujet. Les uns sont des riches à qui il peut être indifférent de vivre désœuvrés dans telle ou telle localité, pourvu qu'ils y trouvent les distractions mondaines qu'ils recherchent ; les autres seront des pauvres ou du moins des gens qui doivent gagner leur vie; des travailleurs qui se complaisent dans l'activité, des ambitieux qui ont rêvé plus ou moins judicieusement et sagement une belle carrière, des honneurs, de la fortune, de la gloire.

Et parmi les uns et les autres, il faudra distinguer les résignés et ceux qui ne le sont pas. La résignation dépend de bien des choses : elle est passive et s'abandonne, ou bien active et agissante ; et dans ce cas le malade peut beaucoup pour seconder le médecin et assurer la guérison quand elle est possible.

Il faut donc, je le crois, se garder de généraliser quand il s'agit de sanatoriums ; il faut, au contraire, distinguer nettement et beaucoup : les conditions, les cas, les procédés et... le processus.

M. Edmond Vidal vient appuyer les conclusions de M. Leudet, auxquelles il se rallie entièrement. La tuberculose demande une thérapeutique active par les médications et non une thérapeutique passive par les sanatoriums. Le médecin n'a pas le droit de se débarrasser du malade qu'il soigne en l'envoyant dans un sanatorium ; il doit, tout en le mettant dans les meilleures conditions hygiéniques possibles, lutter de toutes ses forces contre l'extension du mal et s'efforcer de modifier le terrain. Il y parviendra par une lutte opiniâtre, de chaque jour, et en modifiant sa thérapeutique suivant les indications quotidiennes. Il devra, par un diagnostic prévu, fait dès la période de germination, dépister la tuberculose pulmonaire et l'attaquer dès lors hardiment, en prévenant franchement son malade au lieu de le leurrer, comme on le fait si souvent, en baptisant son mal d'anémie ou de bronchite chronique.

M. Moreau de Tours lit, au nom de son fils, de l'Institut Pasteur, une note relatant les résultats de l'analyse d'un bois du Chili présenté par M. Jullien, et dont les Indiens se servent pour exciter les fonctions génitales.

Note au sujet d'un bois du Chili, envoyé par M. Marius Vatan et présenté par M. le Dr Jullien, servant pour exciter les fonctions génitales chez les Indiens.

N'ayant pu avoir ni feuilles, ni fleurs, ni fruits, et n'ayant aucune donnée sur cet arbre, mais sachant que les Indiens emploient ce bois sous forme d'extrait aqueux, mes recherches ont porté sur l'écorce et sur le bois.

Le morceau qui m'a été remis, avait environ 20 centimètres de longueur sur 2 à 2,5 de diamètre.

Apres avoir épuisé l'écorce par l'appareil de Payen, j'ai obtenu un liquide rouge acajou, fortement vésicant et présentant toutes les réactions du cardol.

Les expériences faites sur les animaux ont donné toutes les réactions du cardol.

Le bois, débarassé de l'écorce, fut soumis au même traitement. Les réactions furent les mêmes, quoique un peu plus faibles.

Voici d'ailleurs quelques essais :

L'extrait a une couleur rouge acajou d'une saveur forte, piquante et fortement vésicante.

L'alcaloïde extrait se présente sous forme d'une huile jaunâtre à saveur légèrement aromatique et présentant les réactions suivantes :

Il se dissout dans l'acide azotique de 1,3 de densité, avec une couleur rouge brunâtre ; une solution de soude caustique, ajoutée à cette solution en détermine une couleur brun acajou très foncé.

Humecté avec une solution aqueuse de potasse, il devient vert, puis, au bout de quelques heures, brun rouge. Le sous-acétate de plomb le précipite au vert noirâtre.

Peu de temps après l'ingestion, les urines renferment un produit présentant la réaction du cardol.

Après avoir administré, par la bouche, à un cobaye, l'extrait de ce bois, cet animal fut tué et l'autopsie démontra ce qui suit :

La muqueuse de l'estomac était pâle et plissée.

L'intestin grêle présentait une forte hypérémie et quelques sigillations de la muqueuse étaient recouvertes en partie d'un mucus rougeâtre.

De plus, l'analyse élémentaire de ce produit donna le résultat ci-contre :

$$C^{21} H^{31} O^2$$

qui est la formule du cardol.

En résumé ce bois, connu chez les Indiens sous le nom de chuchuara, ne doit être qu'un arbre de la famille *Semocarpus anacardium*.

N'ayant pas eu assez de ce bois, je n'ai pu pousser plus loin mes expériences et vérifier, de ce fait, s'il n'y a pas un autre alcaloïde qui peut présenter les mêmes effets que le cardol, sans toutefois être aussi toxique.

A. MOREAU, *attaché à l'Institut Pasteur.*

Depuis que cette première note a été remise, j'ai pu faire quelques observations complémentaires dont je vous demande la permission de vous indiquer le résultat.

L'huile extraite du chuchuara et présentant les qualités physiques et chimiques du cardol a laissé, par évaporation dans le vide et par sublimation, un sel blanc cristallisé en octaèdres réguliers ayant une saveur piquante et qui dégage de l'azote sous l'action de la chaleur.

C'est un produit alcaloïdique absolument différent du cardol tant par son aspect que par ses propriétés.

Ce nouvel alcaloïde « la chuchuarine », présente les propriétés physiologiques suivantes :

A la dose de *un* milligramme, en injection, un chien de 15 kilog. environ est tué en quelques minutes. Si l'on pique un cobaye avec une aiguille imprégnée de cet alcaloïde, on met la bête dans un état comateux ; cet animal quitte pourtant cet état au bout de quelques heures, mais une dose assez faible suffit pour le foudroyer.

Dilué dans l'eau et à faible dose, il excite le système génital et ne cause aucun des accidents que l'on observe avec le cardol ou la cantharidine.

L'analyse élémentaire a donné la composition chimique suivante :

Carbone	240
Hydrogène	15
Oxygène	32
Azote	28

Ce qui correspond à la formule suivante :

$$C^{20} H^{15} A_2^2 O^2$$

formule qui a été établie d'après la composition chimique précédente.

Cette composition ne diffère de la strychnine ($C^{21} H^{22} A_2^2 O^2$ que par la teneur en carbone (240 au lieu de 252) et par l'hydrogène (15 au lieu de 22).

D'après ces données, ce bois qui, par son premier alcaloïde (similaire au cardol), le faisait rapprocher du *semocarpus anacardium*, le fait rapprocher par le second (chuchuarine, analogue à la strychnine) de la famille des *strychnos toxifera*

De plus, cet alcaloïde présente quelques réactions identiques à la strychnine, mais il diffère par l'analyse chimique et par ses propriétés physiologiques, suivant les données indiquées plus haut.

J'espère pouvoir faire paraître dans une autre note des résulats plus complets d'expériences physiologiques, autant que le permettra la petite quantité d'alcaloïde que j'ai à ma disposition, et je ne saurais trop remercier la Société de Médecine de Paris d'avoir bien voulu m'accorder quelques minutes d'attention.

Je me tiens à sa disposition pour toutes autres recherches qu'elle voudra bien me faire l'honneur de me confier.

M. JULLIEN joint ses remerciements à ceux que M. le Président adresse à M. A. Moreau de Tours, pour son intéressant travail.

La séance est levée à 5 heures 45.

Le Secrétaire général, F. BURET. — *L'un des Secrétaires annuels,* Edmond VIDAL.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Séance d'avril 1901. (Suite.)

Expériences sur le forceps.

M. BRINDEAU. — Nous avons employé le dispositif suivant pour juger de la pression que subit la tête pendant le passage dans le détroit supérieur retréci. Le fœtus ayant été décapité à l'union de l'articulation occipito-atloïdienne, la substance cérébrale est dilacérée avec le doigt et retirée à l'aide d'un courant d'eau. On bouche le trou occipital avec un bouchon de liège à deux trous contenant chacun un tube de verre ; l'un de ces tubes est en rapport avec un manomètre à mercure, et l'autre peut s'oblitérer ou s'ouvrir à volonté avec une pince posée sur un caoutchouc. On remplit la tête d'eau et l'on note la pression qui se juge par la hauteur de la colonne de mercure ; voici quels sont les résultats obtenus.

Tête de 10 centimètres de bipariétal dans bassin plat de 9,5; 1° Tête première, simple pression manuelle ; la tête passe avec un cent. de hauteur mercurielle; — 2° prise oblique du forceps Tarnier, la tête passe avec 8 centimètres de hauteur mercurielle; 3° prise antéro-post du forceps Tarnier, la tête passe avec 24 centimètres de hauteur mercurielle ; — 4° prise oblique du forceps Demelin; la tête passe avec 14 centimètres de hauteur mercurielle; — 5° prise antéro-post. du forceps Demelin; la tête passe avec 10 centimètres de hauteur mercurielle; — 6° Tête dernière manœuvre de Champetier de Ribes; la tête passe avec 4 centimètres de hauteur mercurielle. Ces faits expérimentaux sont absolument comparables à ce qui se passe en clinique. Ils condamnent les applications antéro-postérieures du forceps.

M. DEMELIN. — Les compressions subies par la tête fœtale dans les applications du forceps sont de trois ordres, les unes dues au forceps agissent directement sur la tête, les autres au bassin agissent sur la tête directement ou par l'intermédiaire du forceps (porte-crayon à virolle), cette dernière compression pelvi-instrumentale est la plus dangereuse de toutes. D'après les coupes que M. Démelin a pratiquées sur les bassins dont les organes étaient injectés de gélatine, le diamètre oblique irait en diminuant de longueur de haut en bas, du détroit supérieur vers le détroit inférieur.

L'auteur insiste sur ce fait que le forceps à branches croisées glisse forcément, de telle sorte qu'il prend très souvent point d'appui sur la région malaire et peut la traumatiser. Le forceps à branches convergentes de M. Demelin, au contraire, fait prise au voisinage du menton et s'y maintient, il ne glisse pas ; le système céphalo-instrumental est plus petit.

Prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés

M. THOYES-ROZOT. — Il existe encore une quantité considérable d'ophtalmies purulentes, relevant presque toutes de la clientèle des sages-femmes. En m'appuyant sur les bons résultats obtenus à la clinique Tarnier par l'instillation préventive dans les yeux de tous les nouveau-nés de deux gouttes de

nitrate d'argent à 1/150, j'émets le vœu que les sages-femmes de la ville soient autorisées à employer cette méthode prophylactique.

M. BUDIN considère que cette réforme serait d'une réalisation très difficile.

Sur trois cas de stercorémie pendant la grossesse.

M. MASSI. — Dans la première observation, il s'agit d'une femme qui fut amenée à la clinique, enceinte de deux mois et demi et dans un état grave, n'ayant pas été à la selle depuis onze jours et présentant des vomissements depuis plusieurs jours. Un lavement purgatif amena une évacuation peu abondante de 280 gr. environ. Un purgatif fut alors administré par la voie stomacale et provoqua l'expulsion extraordinaire de cinq bidets de matière; en vingt-quatre ou trente-six heures, la malade fut complètement rétablie. La deuxième observation a trait à une femme enceinte de un mois et demi, qui fut amenée avec 38° de température et perdant du sang. Elle était constipée depuis longtemps. Son état fut amélioré rapidement par un purgatif.

M. LORIOT estime que la constipation, la rétention fécale ancienne, peuvent être une cause assez fréquente de vomissements incoercibles.

Pour lui le meilleur traitement consiste dans les lavements huileux qui agissent en lubréfiant et en détachant les matières.

Recherches sur l'anatomie et la physiologie de la mamelle (projections).

M. KEIFFER (de Bruxelles), accompagnant son discours de projections photographiques de la chienne en lactation, a particulièrement étudié :

a) Le *système nerveux* de l'organe et a reconnu qu'il était d'une grande richesse, participant à la fois des deux systèmes cérébro-spinal, terminaisons sensitives au niveau du mamelon et sympathiques (fibres vaso-motrices) tenant sous leur dépendance la sécrétion lactée ;

b) Les *vaisseaux artériels* et veineux dont les ramifications ultimes extrêmement nombreuses et ténus forment un réseau très fin dans les parois des alvéoles glandulaires. M. Keiffer a montré, par des projections absolument démonstratives, que l'activité de la circulation, la réplétion et la turgescence des vaisseaux dans les diverses lobules étaient absolument différentes suivant que ces lobules étaient au stade de congestion prémonitoire de la sécrétion lactée ou en pleine activité sécrétoire; les lobules de la glande n'entrent pas, en effet, tous en activité en même temps.

Sur certaines coupes, M. Keiffer a montré à la fois un lobule à l'état de repos fonctionnel dont la circulation est moyennement active, un lobule ou stade de congestion prémonitoire dont les vaisseaux sont fortement injectés de sang et enfin un lobule en pleine sécrétion lactée qui présente une anémie manifeste et dans lequel les vaisseaux sont peu apparents.

c) *Les alvéoles glandulaires, l'épithélium glandulaire et la sécrétion lactée elle-même.* — Il existe des culs-de sac glandulaires jusque dans l'épaisseur du muscle grand pectoral. L'épithélium des culs-de-sac glandulaires de toute la glande est cubique et à une seule couche en dehors de la période de lactation, mais il devient le siege d'une prolifération cellulaire très active au moment où la sécrétion lactée va commencer ; de nombreuses figures de kariokinèse se voient alors dans l'épithélium, les cellules envahissent la lumière de l'alvéole et bientôt la comblent. En même temps le protoplasma cellulaire se charge de granulations et de principes organiques divers, la paroi cellulaire est détruite, les cellules eclatent et les noyaux encore vivants, parfaitement colorables et quelquefois même en voie de division, tombent avec le protoplasma modifié dans la cavité alvéolaire. La sécrétion lactée est donc une sécrétion holocrine, l'alvéole contient alors le produit de ces débiscenses cellulaires, au milieu duquel nagent des noyaux vivants et colorables et qui va devenir bientot le lait. Le lait qui coule dans les canaux galactophores n'est que très peu différent de ce magma cellulaire, et M. Keiffer insiste sur ce en montrant que le lait est à proprement parler un milieu organique vivant : il conclut de ces qualités du lait à la nécessité de le livrer a l'enfant tel qu'il est excrété du mamelon. L'ébullition et la stérilisation font subir au lait des modifications qui lui font perdre ses qualités du milieu vivant et changent les propriétés relativement à l'alimentation du nouveau-né. H.C.

REVUE DE STOMATOLOGIE

Rédacteur spécial : Dr POINSOT.

Le Traite théorique et pratique de la carie dentaire; par le Pr RÉDIER (de Lille). (*Société des éditions scientif.*, édit.)

Le *Traité théorique et pratique de la carie dentaire*, du Pr Rédier (de Lille), est une œuvre originale qui intéressera le savant et le praticien et instruira l'étudiant en médecine ou en chirurgie dentaire. L'ouvrage est divisé en deux parties: l'une théorique, l'autre pratique. La première partie comprend l'anatomie pathologique, l'histologie, la bactériologie, la pathogénie et l'étiologie de la maladie. Dans la seconde partie sont exposés les symptômes, les complications, le diagnostic, le pronostic et le traitement. L'auteur a cru devoir tracer une division nouvelle de la maladie, division qui semblait mieux correspondre aux résultats de ses observations faites pendant de longues années d'exercice et de professorat. Les savants et les praticiens, sans aucun doute, y applaudiront, mais l'étudiant comprendra moins ce dilettantisme qui, dans une certaine mesure peut faire naître, dans son esprit, la confusion avec ses conséquences pour l'étude de la question et pour la réussite de ses examens. En effet, les écoles dentaires obéissant à cette préoccupation capitale ont adopté la division préconisée par Magitot, non pas qu'elle fut parfaitement rationnelle ou susceptible d'être perfectionnée, puisque le Pr Rédier en crée une autre, mais afin d'établir une base d'étude généralement adoptée, uniquement pour éviter la confusion dans l'esprit des élèves dentistes; les professeurs tournaient la difficulté en subdivisant la division de Magitot.

La partie théorique offre les plus grandes garanties scientifiques, l'auteur s'étant assuré la collaboration des Prs Augier, Lemière, etc. Toutefois les réserves touchant la question de la carie interne, formulées immédiatement après sa négation, nous donnent à penser que la preuve rigoureusement scientifique de cette espèce de carie ne peut être faite ; l'auteur, bien à regret, finit par une affirmation qui lui coûte et qu'il mitige. En effet, dans la figure 1, on observe une càrie de l'émail allant de la périphérie vers le centre de l'organe atteint et se poursuivant dans la direction d'un espace interglobulaire congénital; c'est par ce processus que s'expliquent les caries internes très communément rencontrées dans les caries simultanées de dents symétriques. La dénutrition qui causa l'espace interglobulaire peut atteindre les parois de cet espace; le tissu mortifié de ces parois ne tarde pas à se décomposer, d'où l'origine de la carie interne; quant a ce qui est de la carie externe, ce n'est ici qu'un phénomène surajouté. L'étude anatomo-pathologique de la pulpe est parfaite : les dégénérescences variées : fibreuses, graisseuses et dentinaires se recommandent à l'attention du lecteur. Dans l'étiologie, l'auteur montre les conditions qui favorisent l'attaque et celles qui permettent une défense effective ou insuffisante ; cette etude du coefficient de résistance, question à l'ordre du jour, merite qu'on s'y arrête car elle est pour l'humanité l'une des plus importantes questions à élucider, l'une de celles qui donnera la plus grande somme de résultats pratiques, celle grace à laquelle le travailleur, modeste ou savant, ne fera jamais buisson creux.

La partie pratique est des plus interessantes, on reconnait le praticien doublé du professeur ; le tableau des signes distinctifs de chacune des periodes de la maladie en est la preuve. Pour le diagnostic différentiel des algies de la carie dentaire et des algies de même siège mais d'autre cause nous regrettons, à plus d'un titre, que l'exiguité de l'ouvrage n'ait pas permis à l'auteur un plus grand développement ; nous formulerons le même regret pour le chapitre des complications ; apres avoir passe brièvement sur l'étude des complications, de la marche et de la terminaison de la maladie, l'auteur arrive à la question

de traitement de la carie dentaire qu'il divise en deux parties : 1° traitement préventif ; 2° traitement curatif.

Le traitement préventif comprend le maintien de la valeur intrinsèque des dents et l'entretien du milieu buccal par l'hygiène des dents et l'hygiène de la bouche. Parmi les savants conseils qui sont prodigués, nous relevons avec le plus grand plaisir le point traitant l'orthopédie dentaire et de sa très grande utilité pour assurer la conservation des dents, indépendamment des services qu'elle rend au point de vue de l'esthétique. Les dentifrices sont traités suffisamment ; néanmoins il serait souhaitable que les produits utilisés pour la confection des poudres dentifrices soient solubilisés par le rince-bouche, afin qu'ils ne puissent rester inclus entre les gencives et les dents.

Le traitement curatif consiste à parer aux accidents, ordinairement phénomènes douloureux, et à enrayer définitivement la marche de la maladie. Dans le traitement du second degré avec hypéresthésie, l'auteur passe en revue tous les procédés qu'il a connus, qu'il a essayés avec plus ou moins de persévérance ; le praticien, vraiment digne de ce nom, revit à la lecture de cet exposé qui, parce qu'il est complet, pourrait faire naître un certain découragement chez les étudiants. La dessiccation de la dentine par l'air chaud y est préconisée d'une manière exceptionnelle et c'est justice ; l'alcalinisation de la bouche et le retour au coefficient *eau* de la dentine *physiologique* par l'évaporation de l'*excès d'eau* contenu dans une dentine *pathologique* est le meilleur remède ; toutefois, dans les cas très douloureux un cristal de chloral fondu et évaporé hâtera le résultat recherché. Les pansements liquides par des mixtures sont intéressants, mais ils ne sauraient entrer en comparaison avec les pansements, plombages provisoires, médicamenteux, secs pour les raisons que je viens d'exposer, car les pansements secs permettent de constater si la carie dentaire est susceptible de réaction cicatricielle, ou si l'opérateur n'est pas en présence d'une dent frappée généralement ; dans ce dernier cas les accidents seraient l'effet de causes trophiques et la thérapeutique devrait être differente.

Pour le traitement des pulpes exposées, l'auteur ne croit pas devoir recommander le coiffage des pulpes dentaires mises à nu ; en effet, les rares cas de reussite, et encore ils sont loin d'être prouvés, étaient dus à ce que la mise à nu avait eté accidentelle au cours d'un curettage de la cavité a obturer, il est préférable de sacrifier la pulpe qui, ne pouvant plus contribuer à continuer la croissance de la dent, c'est-à-dire sa calcification interne, ne peut que compromettre l'action de la nutrition externe en irritant et infectant le ligament peridentaire. Le traitement radical de la pulpe dentaire infectée comprend : 1° l'escharification de la pulpe et 2° l'extirpation de l'eschare.

Nous aurions désiré qu'avant ce mode de traitement fut exposé celui qui consiste dans l'extirpation de la pulpe sans escharification, car, dans un grand nombre de cas, ce dernier procédé est le remède de choix ; en effet, l'auteur, après escharification de la pulpe, procède a l'extirpation des filets nerveux rendus par une premiere cautérisation si sensible qu'une seconde est recommandée pour pouvoir se rapprocher davantage de la partie terminale de la dent ; or cette, ou plutot ces cautérisations successives compromettent l'existence des vaisseaux périphériques de la dent, tandis que l'extirpation, lorsqu'elle est possible, meme avec une vive mais tres courte douleur, laisse la dent dans toute son intégrité, et assure la cure définitive de l'organe malade ; cependant, l'escharification doit souvent être mise en usage, mais a la condition de limiter son action, afin qu'elle n'atteigne pas le ligament péridentaire, de se contenter d'une seule cautérisation et de sectionner le plus tôt possible le filet vasculo-nerveux de la pulpe dentaire au point de pénétration de ce filet dans le canal dentaire tout en respectant les vaisseaux servant à la nutrition externe de la dent.

M. le Pr Rédier insiste heureusement sur l'emploi de l'acide arsénieux porphyrisé, il importe que cette porphyrisation soit bien faite, car ce n'est que par l'extreme division qu'agit cet escharotique puissant ; Magitot, par son systeme du bouchon, ne prenait qu'une poudre très fine, le commencement d'un flacon de produit porphyrisé est excellent, mais à mesure que l'on arrive vers le fond, la poudre devient plus dense et, par suite, moins active, d'où les écarts suivants : Le Pr Rédier indique 5 milligrammes d'acide arsénieux pour escharifier une pulpe. Flagg indique 1/12 de milligramme. L'adjonction de créosote est une bonne chose, il en est de même pour l'acide phénique ; toutefois, la créosote assure une escharification plus étendue, et l'acide phénique une action plus anesthésique. L'emploi de la créosote pour le traitement de la carie dentaire n'est plus discuté aujourd'hui, parce que nous n'employons que la créosote de hêtre, tandis que nos devanciers se servaient de la créosote de houille, dont l'action extrêmement nocive n'a plus de semblable, dans l'exercice de notre art, que celle de l'acide chlorhydrique pour le détartrage des dents. Dans le chapitre de l'extraction des dents, l'auteur exprime le juste reget d'avoir à sacrifier des organes inappréciables chez l'ouvrier pauvre, alors qu'ils pourraient être conservés ; mais cela demande des sacrifices de temps et d'argent qu'il ne peut faire, et cela est fâcheux, car on ne saura jamais pour combien, dans la santé et les rapports sociaux, le système dentaire a son importance marquée, et combien un être édenté se trouve en état de moindre résistance dans la lutte qu'il a à soutenir chaque jour pour lui et sa famille.

Le chapitre de l'obturation est bien traité, les indications sont aussi précises que précieuses, l'auteur limite ses descriptions aux méthodes qui lui sont familières ; on y respire une atmosphère d'honnêteté que nous voudrions voir se généraliser de plus en plus pour le plus grand bien de notre profession si utile et encore si méconnue. En résumé, ce livre est un traité clair et précis de la carie, que le praticien et l'étudiant liront avec beaucoup de profit et d'intérêt.

P. POINSOT.

CORRESPONDANCE

Enseignement pratique de la chirurgie.

Le Havre, 5 avril 1901.

Monsieur le Directeur,

Le mouvement de décentralisation s'accentue depuis quelque temps ; j'ai lu avec grand intéret, dans la *Presse Médicale*, les observations qui ont été faites sur la possibilité d'apprendre la chirurgie en province, et les vœux qui ont été émis par plusieurs etudiants. Pour montrer que la réalité peut y répondre, je vous demande la liberté de vous dire les circonstances heureuses qui m'ont permis de mettre en pratique les enseignements reçus de mes maîtres.

Apres avoir fait mes études à Lille et à Paris, je suis venu comme interne, dans les hopitaux du Havre. J'ai d'abord passe un semestre dans un service de medecine qui comprend soixante dix lits de maladies aiguës avec exclusion de la tuberculose. Depuis neuf mois, je suis interne à l'hôpital Pasteur, dans le service de chirurgie du Dr Sorel, aménagé d'apres les idées les plus modernes, possèdant plus de soixante lits et un pavillon d'opérations aseptiques modèle. Sous sa direction, je m'occupe de tous les malades, prenant les observations, discutant les diagnostics, posant les indications operatoires.

Le nombre des opérations donne une moyenne de dix par semaine, et j'ai la facilite de voir tous les cas de la chirurgie la plus recente. Les interventions de gynécologie sont très fréquentes puisque j'ai actuellement dans ma salle dix femmes ayant subi des opérations abdominales.

J'ai assisté à treize interventions sur l'estomac, dont deux gastrectomies, et vu opérer des cas de chirurgie de l'intestin, du rein, des voies biliaires. Etant seul pour assister le Dr Sorel, il m'est facile d'avoir de lui tous les renseignements utiles, de l'interroger sur les détails de technique opératoire, de suivre de tout près les procédés qu'il emploie et les variantes qu'il leur fait subir suivant les circonstances. Ainsi rattachées à des cas cliniques et à des interventions déterminées, les études de pathologie et de chirurgie opératoire cessent d'être théoriques, deviennent plus intéressantes et se gravent mieux dans la mémoire. De plus, mon chef de service me laisse l'initiative des operations d'urgence et me fait pratiquer moi-même

les interventions moins difficiles, m'aidant de ses conseils et de ses critiques. En neuf mois, j'ai fait moi-même soixante-quinze opérations, commençant par les amputations de doigts, et les grattages d'os, puis opérant les amputations de cuisse, les cancers du sein, les hernies étranglées, etc... Ce travail, méthodiquement dirigé, qui laisse place pourtant à une certaine initiative, me semble très profitable et je souhaiterais aux étudiants, après avoir suivi pendant leurs cinq ou six ans d'études l'enseignement très savant, mais nécessairement trop théorique de nos maîtres des Universités, d'entrer dans un hôpital de province, fut-il même moins important que ceux du Havre, pour acquérir cette pratique si nécessaire et si souvent négligée.

Agréez, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée. L. Le Nouene.

Interne à l'hôpital Pasteur.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des bronchites chroniques.

Diminuer la toux, modifier les sécrétions, détruire les agents pathogènes, amener la cicatrisation des régions ulcérées, augmenter l'appétit et relever ainsi l'état général, voilà les indications les plus importantes du traitement des bronchites chroniques, même d'origine tuberculeuse. L'hélénine de Korab remplit fidèlement ces indications. Le Dr de Korab, dans une communication adressée à la Société de Biologie, a démontré que cette substance était un modérateur du système réflexe et par conséquent de la toux, un modérateur de la nutrition et un agent eupeptique. Son action sur les glandes, et tout particulièrement sur celles de la muqueuse bronchique, a été démontrée par Cl. Bernard et Vulpian. M. le Dr de Korab, dans une communication à l'Académie des Sciences, et le Dr Pillatte, dans sa thèse, ont mis en lumière les propriétés microbicides de l'hélénine; son élimination par les voies respiratoires active la réparation des lésions ulcéreuses qui ont pu s'y produire. Ce médicament doit se prescrire sous forme de *globules d'hélénine du Dr de Korab*, à la dose de 3 à 6 par jour.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale; par M. G. Pouchet, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine (chez O. Doin, place de l'Odéon, Paris.)

M. le Pr Pouchet publie aujourd'hui la deuxième série des leçons de pharmacodynamie et de matière médicale qu'il a professées à la Faculté de médecine pendant le cours de l'année scolaire 1899-1900. Ces leçons ont eu pour objet les *Hypnotiques* et les *Modificateurs intellectuels* : les cinq premières sont consacrées à l'étude des hypnotiques. Après avoir démontré l'importance des préparations galéniques en thérapeutique, le Professeur débute par des généralités chimiques sur les hypnotiques dont la structure moléculaire dérive de l'alcool et du méthane, puis étudie le *sulfonal* et ses dérivés; nous parle du *trional* et signale les accidents toxiques qui peuvent être dus à ces deux corps. Il s'occupe ensuite des autres hypnotiques tels que la *paraldéhyde*, l'*hydrate* d'*amylène*, l'*hypnone*, l'*uréthane* et signale les bons effets thérapeutiques que l'on obtient par l'association médicamenteuse du *trional* et de la *paraldéhyde*.

Les leçons suivantes, au nombre de trente, sont consacrées à l'étude des modificateurs intellectuels, *alcool, opium, chanvre indien*. Après avoir traité des alcools en général, de leur structure moléculaire, et de leur toxicité comparée, M. le Pr Pouchet s'occupe de l'alcool éthylique, de son action physiologique locale et générale et passe en revue les différents degrés de l'ivresse et de l'intoxication alcooliques. Il envisage ensuite l'alcool comme aliment et s'occupe des boissons alcooliques telles que vins, cidre, poiré, bière, qu'il étudie au triple point de vue hygiénique, thérapeutique et pharmacologique.

La vingtième leçon et les suivantes sont consacrées à l'étude de l'opium, d'abord au point de vue de la matière médicale, puis à celui de la composition chimique. Le Professeur passe en revue les principaux alcaloïdes de l'opium et leurs dérivés synthétiques; il étudie d'abord l'action physiologique de l'opium en nature puis celle des divers alcaloïdes qui en ont été retirés, et compare leur toxicité.

La dernière leçon est consacrée au chanvre indien, à son action physiologique et à son emploi en thérapeutique. Nous devons savoir gré à M. le Pr Pouchet, d'avoir bien voulu publier ces leçons dont la lecture est indispensable non seulement à l'étudiant, mais encore au praticien qui veut prescrire en parfaite connaissance de cause les médicaments si actifs et si précieux dont il est question dans cet ouvrage. P. Yvon.

Guide pratique pour l'analyse des urines; par M. G. Mercier, troisième édition (chez J.-B. Baillière et fils, Paris.)

La troisième édition de l'ouvrage publié par M. Mercier, a été revisée avec soin et comporte d'utiles et importantes additions relatives aux dosages de l'*urée*, de l'*acide urique* et de l'*azote total*; à la différenciation de la *propeptone* et à la recherche de *la bile*.

Le livre est divisé en cinq parties : 1° caractères généraux de l'urine; 2° éléments normaux; 3° éléments pathologiques; 4° examen microscopique; 5° éléments accidentels et recherche des médicaments éliminés par l'urine.

Cette nouvelle édition trouvera certainement auprès des praticiens le bon accueil qu'elle mérite. P. Yvon.

Formulaire de Thérapeutique et pharmacologie; par Debove et Gourin. (Rueff, éditeur, 1901.)

Le formulaire de MM. Debove et Gourin en est déjà à sa seconde édition. Le public médical a su apprécier à leur valeur les exposés si précis de pharmacologie, qui forment la première partie de cet ouvrage, et le résumé de thérapeutique et des intoxications qui le terminent. Son format commode, sa reliure souple et élégante, le soin mis à l'exécution matérielle de son édition, contribuent encore au succès de ce véritable livre de poche si complet sous un volume si peu encombrant.

La cure pratique de la tuberculose; par le Dr P. Pujade, (G. Carré et Naud, éditeurs).

Ce livre est divisé en deux parties : dans la première l'auteur s'occupe spécialement de l'étude de la tuberculose, de son étiologie, de sa pathogénie et de la symptomatologie de cette affection; dans la deuxième partie, il expose les différents moyens du traitement moderne de la tuberculose. Écrit d'un style pittoresque et avec une verve méridionale, le livre du Dr Pujade, présente plutôt un compte rendu généralisé, ou bien un aperçu d'une pratique de 22 ans. C'est le point principal par lequel ce livre pourrait différencier avec un travail analogue, fait par n'importe quel confrère. Dès les premières pages, on saisit le but auquel l'auteur destine son livre : la défense du traitement de la tuberculose par les cures climatériques et il faut le dire tout de suite, que l'auteur n'a rien ménagé pour nous montrer la supériorité de cette cure dans le traitement de la tuberculose. Les figures ne manquent pas dans l'ouvrage de notre confrère. Voici quelques-unes prises au hasard : Il s'agit de la phagocitose des globules blancs : « Leur quartier général est la rate, écrit l'auteur, et c'est probablement dans cet organe qu'elles prennent naissance. En temps de paix, elles accomplissent isolément et pacifiquement leur tournée d'inspection, le gros des troupes restant à la caserne, mais qu'un traumatisme intérieur vienne solliciter leur attention, qu'une colonie microbienne, insidieusement ou par effraction tente de s'introduire dans l'économie, et immédiatement tous les bons gendarmes vont courir sus à l'ennemi. Ils le happent, l'absorbent et, pour plus de sécurité, le digèrent. » Voici une autre concernant les moyens préventifs de la prophylaxie : « Faisons-nous et gardons-nous forts pour éviter la maladie ; si nous voulons la paix, préparons la guerre. Cette préparation à la guerre est d'autant plus utile que l'ennemi est plus dangereux, mieux armé et plus résistant. » En parlant de l'hémoptysie, l'auteur l'appelle « le spectre rouge ». Le frisson est pour l'auteur « le cri de douleur du système nerveux surpris par une trop grande élévation de température ». A coté de ces figures, nous trouvons dans l'ouvrage de l'auteur parfois des formules très précises. Ainsi, en parlant de la tuberculose en général il s'exprime dans les termes suivants :

«La phtisie est un mal passager, [illegible] dans son évolution actuelle. C'est le résultat inévitable et nécessaire de notre genre d'existence ». Peu d'auteurs connus sont cités par l'auteur, sauf les professeurs des grandes écoles de France. On y trouve une fois le nom de Daremberg, et encore pour indiquer que celui-ci est partisan des cures des hautes altitudes, comme Chamonix, etc. Les noms de L. H. Petit, de Plicque, de Roger de Bucquois, de Hanot, etc., ne se rencontrent point. Parmi les auteurs étrangers cités, on trouve le nom de Koch, bien entendu, parfois celui de Deitweiler et une fois le nom de Brehmer.

La partie de l'ouvrage réservée au traitement de la tuberculose, présente une revue des moyens pharmaceutiques, connus et employés par tout le monde : l'arsenic sous toutes ses formes, la créosote, le gaïacol iodoformé, l'huile de foie de morue, le glycérophosphate de chaux, le kola, le coca, le quina le tannin, etc., etc. L'auteur s'élève d'une façon particulière contre les sanatoriums, « les hôtelleries, rappelant les maisons d'école ou nos casernes ». Il n'aime pas les sanatoriums, surtout les sanatoriums pour les malades aisés, et ceci est tout à fait compréhensible. Depuis fort longtemps, on s'était habitué d'envoyer les poitrinaires un peu aisés, pour soigner leur tuberculose, dans les stations climatériques comme Cannes, Menton, Amélie-Les-Bains. (Cette dernière fut créée par l'honorable Dr Pujade, grand-père de l'auteur de l'ouvrage en question). De telle sorte que le traitement de la tuberculose devint pour ainsi dire une spécialité de plusieurs villes méridionales, qui jouissaient et jouissent encore d'une réputation méritée. L'apparition de la méthode dieto-hygiénique, appliquée dans les sanatoriums, porta un coup dru à la vieille réputation des stations climatériques. Il est, par conséquent, logique de voir les médecins de ces stations attaquer les sanatoriums, malgré les résultats favorables obtenus dans ces derniers.

Pour démontrer l'inanité des sanatoriums, l'auteur est forcé d'insister sur les détails secondaires, comme l'emploi des chaises longues — « ces paniers » pour les malades et la cure d'air dans les galeries de repos. Il est partisan des lits, soit exposés à l'air, soit placés près d'une fenêtre largement ouverte. Il trouve la vie commune des deux sexes nuisible, et y voit un argument contre les sanatoriums ; mais il se garde de dire que dans plusieurs sanatoriums la séparation des sexes est déjà réalisée. Nous connaissons des sanatoriums où cette séparation est de rigueur. On peut discuter les détails de l'organisation d'un sanatorium, populaire ou aisé, mais on ne peut pas lui enlever son utilité et sa raison d'être. Personne ne contredit le bienfait de l'air du midi et du séjour dans les stations climatériques. L'auteur cite une conversation, qu'il eut avec un ancien pensionnaire d'un sanatorium étranger et d'après lequel tous les anciens cohabitants de ce sanatorium sont allés *ad patres*. Je connais pour ma part plusieurs clients de nos stations climatériques, qui sont allés rejoindre les tuberculeux du sanatorium cité. Non, ceci ne peut servir comme argument contre les cures sanatoriales, qui, règle générale, ne sont utiles que pour les tuberculeux du premier et du commencement du deuxième degrés. Les sanatoriums, dis-je, ont un avantage indiscutable sur les stations climatériques, car ils sont créés dans chaque pays et à la porte des malades, du moins ils doivent être construits de sorte que chaque tuberculeux ne soit pas obligé de se transporter à 1[illegible]0 lieues pour soigner sa tuberculose. La guérison des tuberculeux y atteint d'après les dernières statistiques [illegible] 0/0. Il me semble que c'est un pourcentage suffisant pour ne pas vouloir essayer d'arrêter le mouvement en faveur des sanatoriums. « Le sanatorium, disait dernièrement un de nos maîtres, le Pr Letulle, dans sa conférence faite dans les salons de la baronne La Caze, est un symbole de la guérison de la tuberculose. Les sanatoriums populaires, de la guérison idéale, heureuse, providentielle de la tuberculose ». Ces mots dans la bouche de l'un de nos maîtres les plus autorisés dans la matière de la tuberculose prouveraient peut être à l'auteur de la cure pratique de la tuberculose », qu'il a tort de vouloir contester le rôle important que jouent les sanatoriums dans la guérison de la tuberculose.

Parfois, le livre du Dr Pujade présente des pages très intéressantes. Par exemple, sa sévère critique de la suralimentation, dont on fait encore un abus exagéré. Il a raison d'exiger l'abandon du gavage et la suralimentation à outrance. Cet abandon se pratique depuis quelque temps dans plusieurs sanatoriums populaires suisses, allemands, etc. Nous devons rendre justice à notre confrère pour les efforts qu'il a déployés pour donner un tableau exact de la maladie, qui tue des milliers de citoyens en France. Il est à regretter que l'auteur ne se soit arrêté davantage sur l'hygiène et les moyens de prophylaxie, nécessaires à chacun pour se préserver contre la tuberculose. Ce chapitre aurait gagné beaucoup, car le gros du public, pour qui l'auteur a écrit son livre, s'intéresserait mieux à la description de la prophylaxie qu'à la discussion de l'emploi du gaïacol iodoformé. Pour le public, il faut insister sur la curabilité de la tuberculose, sur la propagation de la tuberculose dans toutes les classes de notre société, parmi les riches comme parmi les pauvres, parmi les gens instruits comme parmi les simples, parmi les rentiers comme parmi les indigents ; il aurait fallu insister un peu plus longtemps sur les moyens que nous possédons actuellement pour éviter la contagion et pour faire éviter aux autres la contamination. Un peu de statistique, tirée même chez les auteurs étrangers pour appuyer les bonnes paroles exprimées souvent par l'auteur, aurait produit plus d'effet sur l'esprit du lecteur, que le développement artistique de la théorie de la phagocytose. Pour le corps médical, qui connaît la question par cœur, il manque des preuves de la discussion scientifique, et des données personnelles de l'auteur, qui, cependant, aurait pu nous les communiquer grâce à sa longue et laborieuse pratique de vingt-deux ans. D'un livre, qui a la tendance de nous montrer « la cure pratique de la tuberculose », nous avons le droit de demander un enseignement, une conviction avec preuves à l'appui, ce qui manque à l'ouvrage du Dr Pujade. Le reste est très bien exposé et est très curieux à lire.

P. Kouindjy

VARIA

Académie de Médecine.

L'Académie de Médecine rappelle qu'un concours supplémentaire pour une place de stagiaire aux Eaux minérales (*Fondation Vulfran Gerdy*) aura lieu au mois de mai prochain. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie de Médecine, 49, rue des Saints-Pères, avant le 1er mai.

Fièvres intermittentes et hydrothérapie.

Divers auteurs — et nous-même — ont toujours recommandé l'hydrothérapie aux malades atteints de fièvre intermittente. Dernièrement nous avons vu la mère d'une fillette de 9 ans, qui a séjourné deux ans en Roumanie, où elle donnait deux ou trois douches froides par jour à l'enfant qui, dès son arrivée, avait eu (comme ses père et belle-mère) des fièvres intermittentes, afin de la préserver contre le retour de ces *fièvres*. Grâce à l'hydrothéraphie les fièvres n'ont pas reparu.

B.

Faculté de Médecine de Bordeaux

Thèses de janvier, février et mars 1901.

MM. M[illegible]d. La médication [illegible] chez les enfants. — J[illegible]t. Le [illegible] de Robert W[illegible] (docimasie auriculaire). — Br[illegible]. La thoracenthèse précoce [illegible] de son action [illegible] la température. — Castagnel. Des entérorrhagies herniaires. — [illegible]. Des polypes fibreux naso-pharyngiens. Siège diagnostic, traitement. — Verdier. Contribution à l'étude de l'orchidopexie [illegible] persistance du canal vagino-péritonéal). — Chemin. De l'empyème [illegible] du sinus frontal. — Vital. Contribution à l'étude du traitement de la septicémie puerpuérale par les bains froids. — Mar[illegible]. Traitement des [illegible] par l'acide arsénieux. — B[illegible]. Contribution à l'étude des engelures séniles chroniques. — Ma[illegible]ne-Hit[illegible]. De la suture des plaies du cœur (manuel opératoire). — Sarrabezolles. Contribution à l'étude des fistules vésico-utérines. — S[illegible]sbelle. Contribution à l'étude de la contusion [illegible]. — Lescarret. Des scotomes par éclipse solaire. — Dargein. Du traitement des calculs de la vessie chez le vieillard. [illegible] hypogastrique, lithotritie. — Serp[illegible]. Le cancer primitif du méat urinaire chez la femme. — Guelain. De la kératodermie palmaire et plantaire symétrique congénitale et héréditaire. — Guérin. — Des conjonctivites pseudo-membraneuses chroniques (tra-

vail de la clinique ophtalmologique). — Kohler. De l'emploi du bleu de méthylène chimiquement pur en thérapeutique chirurgicale. — Gentes. Morphologie et structure des ilots de langherans chez quelques mammifères. Evolution et signification des ilots en général. — Mommayou. De la séro-réaction tuberculeuse extemporanée par le procédé du sang desséché. — Houpert. Kystes épidermiques du frein de la langue chez le nouveau-né. — Bargues. Contribution à l'étude du papillome. Etude étiologique. — Auboin. Du traitement électhrotérapique de la paralysie infantile.

La statistique de Budapest.

En décembre 1900, on constate beaucoup de morts dues à des maladies des voies respiratoires. 188 morts de tuberculose pulmonaire, 137 d'inflammation pulmonaire, 47 de bronchite, en tout 371 décès, ce qui donne 35 0/0 de la mortalité. On compte 14 décès causés par la diphtérie, 22 par la fièvre typhoïde, 57 par la scarlatine, 441 par la rougeole, 7 par la coqueluche. Il y eut 1.966 naissances et 1.053 morts, la différence est de 913. Voici la proportion des cinq dernières années :

	Naissances.	Décès.	Excédent.
1896	21.335	13.565	7.770
1897	22.613	12.622	9.991
1898	21.826	13.000	8.826
1899	23.611	13.616	9.994
1900	25.601	13.623	11.978

Les terreurs nocturnes des enfants.

« Elles sont de deux sortes : Il y a d'abord les petits qui ont peur dans l'obscurité, qui pleurent pour ne pas demeurer sans lumière, et qui ne s'abandonnent avec confiance au sommeil que si leur chambre est un peu éclairée. Il faut habituer ceux-là à dormir dans l'obscurité. Mais gardons-nous de le faire brutalement et tout d'un coup. Ne décidez pas, par exemple, un beau soir, que bébé devra désormais demeurer sans lumière.

« Il pourrait en souffrir beaucoup, s'en énerver d'une façon fâcheuse. Procédez méthodiquement. Prévenez-le plusieurs jours à l'avance de ce qui l'attend ; accoutumez bien sa pensée, prenez des précautions, procédez progressivement. Permettez un peu de lumière dans la pièce à côté, la porte demeurant ouverte ; puis, tout en tonifiant son jeune cerveau, faites-lui honte, amenez-le — on y arrive avec un peu d'habileté — à demander lui-même à faire comme un homme. Un enfant de ma connaissance, doué de la plus vive imagination, ne manquait pas, lorsque la nuit se faisait dans sa chambre, d'apercevoir la vision, vraiment pénible, que voici : A la fenêtre, pourtant close, apparaissait une énorme figure, la face affreuse d'un géant qui surgissait pour regarder ce qui se passait dans la chambre, comme surgit la lune au sommet des montagnes pour regarder ce qui se passe dans les vallées. Et peu à peu cette figure s'avançait, se courbait sur sa couche, et l'approchait à l'étouffer. Une médication tonique, un bon régime alimentaire, quelques sages conseils dissipèrent ces demi-hallucinations, très fréquentes chez les petits nerveux héréditaires.

« Quant aux *terreurs nocturnes proprement dites*, qui constituent une véritable maladie, classée, décrite par les traités de pathologie infantile, elles guérissent vite et bien par les mêmes moyens, et notamment par une alimentation soigneusement réglée et modérée au repas du soir.

« Cela prend les bébés entre deux et sept ans. L'enfant a diné à la table paternelle, a bu un peu de vin, s'est bourré de mie de pain, de sauce, de sucreries, de crudités, de fruits indigestes. Puis il s'est endormi d'un sommeil à la fois profond et agité ; il transpire abondamment, se tourne et se retourne dans son lit, murmure des mots confus ou pousse des gémissements. Et tout à coup, il s'éveille en sursaut, s'asseoit sur son lit, crie, pleure, parle de bêtes épouvantables ou de méchants hommes venus pour le tuer. Le petit halluciné qui continue, les yeux ouverts, son rêve, ne reconnaît pas ses parents qui tâchent vainement à calmer sa terreur. Au bout de quelques minutes, le fantôme s'évanouit, la crainte se dissipe, le pauvre petit se rendort. Rien n'est plus impressionnant. Soignez son estomac, et cette scène pénible ne se reproduira plus.

« Voilà comment on peut guérir les différentes formes de la peur chez les enfants. Il est, je pense, inutile de dire qu'il faut proscrire les récits terrifiants, les menaces de croquemitaines, de fantômes et de loups-garous, moyens stupides inventés par la veulerie des parents et des bonnes qui, pour se débarrasser d'une scène d'insubordination, n'hésitent pas à fausser l'esprit de leurs marmots, et à les rendre, comme à plaisir, malades et difformes d'esprit. » (Maurice de Fleury, *Le corps et l'âme de l'enfant*, p. 185.) — Ce sont les conseils que nous donnons journellement.

L'Administration appréciée par André Theuriet.

« Quand on n'y a pas vécu, on ne se doute pas de ce qu'il s'amasse de sourdes animosités, de mesquines jalousies, de venimeuses rancunes dans ces capucinières administratives des ministères. L'esprit s'y rétrécit, le cœur s'y endurcit, la dignité s'y abaisse et la fierté s'y perd. Pour une décoration, pour une augmentation de cinq cents francs, ardemment convoitée, on ne ménage ni les intrigues, ni les démarches humiliantes, et quand cette croix, quand ces cinq cents francs, si impatiemment attendus, sont distribués ailleurs, à la suite d'un caprice ou d'un passe-droit, il faut entendre les désespoirs, les cris de colère, les récriminations amères de la troupe déçue. On s'y chamaille, on s'y déteste avec d'autant plus de virulence qu'on est condamné à demeurer porte à porte. Dans tous ces cerveaux, irrités par la convoitise, se développent rapidement des germes de vilenie et de férocité. Derrière les piles des cartons verts, des machinations perfides s'ourdissent silencieusement ». (*Jours d'Été*, par André Theuriet, p. 146).

Un peu plus loin, dans le même livre (page 140), M. André Theuriet nous expose la façon de travailler de nos bons employés.

« Il (Gondinet) arrivait de la campagne vers midi ; sitôt installé dans son étroit cabinet — au Ministère des Finances — éclairé par le jour terne d'une cour intérieure, il endossait son veston de travail, coiffait sa calotte noire, puis tirait d'un carton une cafetière à la Dubelloy et une lampe à esprit-de-vin. C'était l'heure du café et on voyait entrer à la file deux ou trois camarades qui venaient « tailler une bavette » tandis que la bouilloire chantait sur la table encombrée de paperasses. On tournait la clef en dedans ; on lisait les journaux, on récitait des vers ; des discussions politiques ou littéraires s'engageaient, on s'invectivait même un peu, et tout cela était entrecoupé de sonores éclats de rire qui scandalisaient fort les employés sérieux du couloir ». (Ollendorf, éditeur).

Et voici, chers confrères, pourquoi nous payons une lourde patente et d'écrasants impôts !

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 6. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. : MM. Hayem, Launois, Heim. — 1er *de Doctorat* : MM. Rémy, Poirier, Retterer. — 2e *de Doctorat*. (1re *partie*) Oral. : MM. Reclus, Reynier, Gley. — 5e *de Doctorat*. Chirurgie. (1re *partie*). (1e *série*) : MM. Kirmisson, Broca (Aug.), Walther. — (2e *série*) : MM. Legueu, Delbet, Mauclaire. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Brissaud, Gaucher.

MARDI 7. — *Médecine opératoire* : MM. Schwartz, Poirier, Ricard. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. : MM. Cornil, Blanchard, Achard. — 1er *de Doctorat* : MM. Rémy, Quenu, Retterer. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). A. R. : MM. Hutinel, Roger, Thiroloix. — Oral. N. R. : MM. Chantemesse, Charrin, Marfan. — (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Campenon, Bonnaire, Thiery. — A. R. : MM. Brun, Maygrier, Albarran. — 4e *de Doctorat*. A. R. : MM. Proust, Gilbert, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Le Dentu, Richelot, Faure. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Debove, Ménétrier. — N. R. : MM. Grancher, Dieulafoy, Dupré.

MERCREDI 8. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. : MM. Joffroy, Hanriot, Gilles de la Tourette. — 1er *de Doctorat* : MM. Delens, Tuffier, Delbet. — 2e *de Doctorat* : MM. Reynier, Retterer, André. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Segond, Poirier, Lepage. — N. R. : MM. Legueu, Rémy, Varnier. — 4e *de Doctorat*. A. R. : MM. Pouchet, Wurtz, Desgrez.

JEUDI. 9. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) N. R. : MM. Hallopeau, Gilbert, Chassevant. — 1er *de Doctorat* : MM. Launois, Poirier, Albarran. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*) Oral. N.R. : MM. Schwartz, Bouilly, Maygrier. — A. R. : MM. Guyon, Bar, Faure. — (2e *partie*). A. R. : MM. Proust, Achard, Roger. — Oral. N. R. : MM. Grancher, Ménétrier, Thiroloix.

VENDREDI 10. — 2e *de Doctorat* : MM. Launois, Hanriot, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) Oral. A. R. : MM. Brissaud, Widal, Thoinot. — 4e *de Doctorat* N. R. : MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) :

MM. Kirmisson, Jalaguier, Lejars. — (2e *série*) : MM. Segond. Reynier, Walter. — (2e *partie*) N. R. : MM. Hayem, Gaucher, Tessier. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 11. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) N. R. : MM. Cornil, Hanriot, Dupré. — 1er *de Doctorat* : MM. Rémy, Ricard, Thiéry. —3e *de Doctorat.* (2e *partie*) : Oral. N. R. : MM. Joffroy, Achard, Widal. — Oral. N. R. : MM. Hutinel, Ménétrier, Thiroloix. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Schwartz, Richelot, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Debove, Hallopeau, Roger. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Maygrier, Wallich, Bonnaire.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 8.— M. Cailleton. Des différentes interventions chirurgicales dans le traitement des ulcères variqueux. — M. Vidal. Etude sur les réflexes papillaires.— M. Cabuche. Contribution à l'étude des accidents réflexes d'origine nasale. — M. Dupuy. Essai sur la douleur envisagée principalement au point de vue chirurgical. — M. Caboche. La hernie cérébrale au cours et à la suite de la trépanation. — M. Ducot. Etude sur les paralysies du muscle grand dentelé.—M. Bergenstein. Contribution à l'étude de la forme apyretique et de la forme fébrile prolongée de l'endocardite maligne.

JEUDI 9.— M. Leven. De l'obésité.— M. Mathieu. Contribution à l'étude du vertige et en particulier du vertige épileptique. — M. Siems. Les pleurésies contemporaines de la pneumonie (Pleurésies parapneumoniques).— M. Balzer. Contribution à l'étude de l'oblitération et de la compression de la veine-cave supérieure. — M. Lombard. Contribution à l'étude physiologique du leucocyte. — M. Polaillon. Contribution à l'histoire médicale des moustiques. — M. Hivet. Traitement des rétro-déviations de la matrice par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (voie sus-pubienne). — M. Chiron du Brossay. Contribution à l'étude des kystes à entozoaires de l'orbite. — M. Le Maître. De la délivrance et des suites de couches dans les malformations utérines. — M. Depoutre. L'oreille sénile. — M. Adeline. Contribution à l'étude clinique des polynévrites blennorrhagiques.

Enseignement médical libre.

Enseignement de la médecine légale psychiatrique. — D'après une information qui nous parvient, MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants parvenus au terme de leur scolarité sont admis, sur présentation de leur carte, à assister à la visite du médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt, M. le Dr Paul GARNIER, le mercredi et le vendredi, de 1 h. 1|2 à 3 heures, quai de l'Horloge, 3. Après trois mois d'assiduité à cette clinique, un *certificat de stage médico-légal psychiatrique* sera délivré par la Faculté de Médecine.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr DESNOS : Conférences cliniques sur les maladies des voies urinaires, le vendredi à 4 heures, à sa clinique, 15, rue Malebranche.

FORMULES

XXX — Contre la syphilis.

Sozocodole de mercure . . .	0 gr. 80 centigr.
Iodure de potassium	1 gr. 60 —
Eau distillée	10 grammes.

F. S. A. — Une injection hypodermique par jour (1 cm.c. = 0 gr. 08 centigr. de sel mercurique). (Debove et Gourin).

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — *Concours pour une place de médecin-adjoint.* — Le lundi 29 juillet 1901, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux. *Epreuves du concours* : 1° Question d'anatomie et question de physiologie. 2° Question de pathologie médicale avec les applications hygiéniques qu'elle comporte. 3° Examen clinique de trois malades atteints de maladies internes choisis parmi ceux entrés dans les hôpitaux, à partir du jour où l'accès des salles des malades aura été interdit aux candidats.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur de géologie au Muséum d'Histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 5 mai 1901, à Noisy-le-Sec et Romainville. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous, gare de l'Est, où l'on prendra le train pour Noisy-le-Sec, à 11 h. 15.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 21 avril au samedi 27 avril 1901, les naissances ont été au nombre de 1.105 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 382, illégitimes, 138 Total, 520. — *Sexe féminin* : légitimes, 138, illégitimes, 147. Total, 585.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 21 avril au samedi 27 avril 1901, les décès ont été au nombre de 1060, savoir : 537 hommes et 523 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 2, F. 2, T. 4. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 9, F. 11, T. 20 — Rougeole : M. 10, F 11, T. 21. — Scarlatine : M. 0, F. 2, T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 5, T. 7. — Diphtérie et Croup : M. 5, F. 7, T. 12. — Grippe : M. 1, F. 3, T. 4. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0.— Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0, — Autres maladies épidémiques : M. 4, F, 0, T. 4. — Tuberculose des poumons : M. 152, F. 89, T, 241. — Tuberculose des méninges : M. 11, F. 13, T. 24. — Autres tuberculoses : M. 7, F. 8, T. 15. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 16, F. 36, T. 52. — Méningite simple : M. 11, F. 7, T. 18 —Congestion hémorragique et ramollissement du cerveau : M. 23, F. 28, T. 51. — Maladie organique du cœur : M. 28, F, 45, T. 73. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 4, T. 9. — Bronchite chronique : M. 20, F. 17, T. 37. — Pneumonie : M. 17, F. 12, T. 29. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 54. F. 52, T. 106. — Affection de l'estomac (cancer exc) : M. 2, F. 4, T. 6. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 3, F. 2, T. 5; autre alimentation, M. 8, F. 8, T. 16. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Hernies, obstruction intestinale : M. 4, F. 6. T. 10. — Cirrhose du foie : M. 5, F. 6, T. 11.— Néphrite et mal de Bright : M. 18, F. 17, T. 35. —Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 1, F. 10, T. 11. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 13, F. 14, T. 27. — Débilité sénile : M. 15, F. 33, T. 48. — Morts violentes : M. 23, F. 3. T. 26. — Suicides : M. 12, F. 0, T. 12. — Autres maladies : M. 64, F. 59, T. 123. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 4, F. 6, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 16. Total : 38. — *Sexe féminin* : légitimes, 15, illégitimes, 18, Total : 33.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE. — *Prix.* — La Société d'Anthropologie de Paris distribuera, en 1901, les *prix Godard* et *Bertillon*. Le prix Godard, d'une valeur de 500 francs, sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à l'anthropologie. Le prix Bertillon, d'une valeur de 500 francs, sera décerné au meilleur envoi sur une matière concernant la démographie. Les travaux, manuscrits ou imprimés, doivent être déposés au secrétariat de la Société d'Anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe), avant le 11 juillet 1901, délai de rigueur.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Officiers de l'instruction publique* : MM. les Drs Haushalter, Vuillemin (de Nancy); Moriez (de Nice); Duchateau (médecin de la marine). — *Officiers d'académie* : MM. les Drs Thomas Ledien (de Paris); Knœpfler (de Nancy); Landriau, Salètes, Wissemans (médecins militaires); Barret, Beriat (médecins de la marine); Decorse (médecin des colonies); P.-J. Portier.

RÉCOMPENSES. — La Société de géographie de Paris vient de décerner le prix Henri Duveyrier (médaille d'or) à M. le Dr A. Cureau (médecin des colonies), et le prix Alexandre Boutroue (grande médaille d'argent) à M. le Dr F. Weisgerber.

FONDATION THIERS. — Les membres du Conseil d'administration de la fondation Thiers auront à choisir, durant le mois de juin, les cinq nouveaux pensionnaires qui seront admis pour trois ans, à partir du 1er octobre 1901, dans la maison confiée à leur tutelle. Les principales conditions auxquelles les candidats devront satisfaire sont les suivantes : être Français, âgés de moins de vingt-six ans, célibataires, avoir rempli les prescriptions de la loi militaire, être docteurs ou, au moins, licenciés dans une des Facultés ou pourvus d'un diplôme reconnu équivalent à la licence par le Conseil d'administration.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE.—M. LE ROUX, directeur honoraire a la préfecture de la Seine, est nommé membre de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés, en remplacement de M. Barbier, nommé président honoraire.

Exposition de l'Enfance. — L'ouverture de l'exposition de l'enfance au Petit Palais est fixée à dimanche. Les entrées coûteront 50 centimes de 9 heures du matin à 6 heures du soir.

Ecole pratique. — *Exercices opératoires*, sous la direction de M. le Pr Berger et de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des Travaux de Médecine opératoire. — *Quatrième cours* : M. le Dr Proust, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le jeudi 9 mai 1901, à 1 heure 1/4 précise, pavillon n° 3.

Muséum d'histoire naturelle.— *Promenades-Conférences*, dans la galerie d'entomologie appliquée. — M. E.-L. Bouvier, professeur, commencera, le jeudi 9 mai 1901, à 3 heures, une série de promenades-conférences destinées à mettre en lumière *les principaux faits de la biologie des Arthropodes et de l'entomologie appliquée*, au moyen de collections spéciales aménagées à cet effet dans l'une des galeries de zoologie du muséum.

La Laïcisation en Portugal. — Les journaux du 18 avril annoncent que : « Demain paraitra à l'*Officiel* un décret ministériel, contresigné par le roi, *confirmant* les dispositions des anciennes lois relatives à la *suppression des congrégations* religieuses en Portugal. Toutefois, les maisons religieuses de bienfaisance et d'éducation auront six mois pour se *séculariser*. »

Un pharmacien a recommander. — Mlle C..., une jeune fille habitant Levallois-Perret avec sa mère, était, le mois dernier, prise de maux d'yeux. Un oculiste qu'elle consulta lui recommanda de soigner particulièrement l'œil droit. Il lui fit une ordonnance, que Mlle C... porta chez un pharmacien. Celui-ci — appelons-le X... pour ne point lui faire de réclame — dit à la jeune fille : « Cette ordonnance est très difficile à préparer, il faut un homme de l'art pour vous soigner ; si vous voulez, je vous ferai moi-même suivre le traitement prescrit par l'oculiste. » Mlle C... accepta cette proposition. M. X... donna ses soins à sa cliente et le résultat fut complet ; la jeune fille perdit l'œil gauche, celui qui était le moins atteint. Mlle C..., convaincue que, si elle est devenue borgne, ce n'est pas à cause de l'oculiste, mais par la faute du pharmacien, déposa une plainte contre ce dernier. M. Aubry, juge d'instruction, après avoir entendu Mlle C..., qui prétend que le pharmacien n'a pas suivi l'ordonnance, mais voulu expérimenter sur elle un remède de sa composition, a inculpé le « potard » d'exercice illégal de la médecine. (*Le Français*, 9 mars 1901.)

Suicide d'un Soldat au Val-de-Grace. — Hier, après la visite du médecin-major, un soldat de la 24e section, en traitement à l'hôpital du Val-de-Grâce, trompant la surveillance des infirmiers de service, s'est suicidé en se frappant de plusieurs coups de canif dans la poitrine. Le cœur, ayant été atteint, la mort fut instantanée. (Le *Soleil* du 17 mars 1901). — On sait que cet hôpital est entre les mains des Religieuses.

Jeune. — Un caporal du 2e régiment colonial, nommé André Desrats, a été retrouvé quasi mourant, au fond d'une crevasse de la montagne Saint-Marc, près Brest, où il était tombé en se promenant, le 24 février. Il a vécu *vingt-huit jours* sans boire ni manger, et le corps à demi plongé dans une eau stagnante. Ce sont trois soldats, passant par hasard auprès de la crevasse, qui ont entendu les gémissements de l'infortuné. (Le *Bonhomme Normand* du 29 mars 1901.)

Le Regicide Bresci.— Bresci, le régicide, vient d'être subitement frappé d'aliénation mentale. La police italienne a fait tous les efforts possibles pour empêcher la divulgation de cette nouvelle, qui pourrait donner lieu à une enquête sur l'attitude des agents de l'autorité. Il parait en effet, aujourd'hui, établi que c'est par suite de mauvais traitements que Bresci est devenu fou. (*La Nouvelle Presse* du 26 avril 1901.)

Nécrologie. — M. le Dr Napias, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, est mort le 28 avril à l'âge de 59 ans. Ses *obsèques civiles* et l'*incinération* ont eu lieu le 30 avril. (Voir sa *Notice biographique*, dans le n° 10, du *Progrès médical* de 1897, p. 154.)

Bonne occasion pour un médecin : Machine électrique statique (*système Chardin*) et bascule, les deux, en état neuf. S'adresser, 66, *rue de Rome, à l'entresol.*

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc.) — *Service de* M. le Dr P. Marie. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

Hopital Tenon. — M. le Dr P. Le Gendre commencera, le samedi 4 mai, à 10 heures, des *Conférences de Pratique médicale et de thérapeutique*, et les continuera les samedis suivants (amphithéâtre de l'hôpital.)

Hôpital Saint-Antoine. — *Conférences de radiologie médicale.* — Le Dr A. Béclère commencera, le dimanche 5 mai, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de *huit conférences* sur les *Premières notions de Radiologie*, indispensables à la pratique de la radioscopie et de la radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Exercices pratiques de radiographie. — Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du Dr Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine.

Hotel-Dieu. — *Leçons de clinique chirurgicale.* — Le Dr Lucas-Championnière : Leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Desault), le jeudi, à 10 heures du matin. Opérations avant la leçon clinique. — Opérations abdominales : le mardi, à 9 heures. Visite des malades : Hommes (Examen des Hernies), le mercredi, à 9 heures, dans la salle Saint-Côme. Femmes, le samedi, à 9 heures, dans la salle Sainte-Marthe. Massage par le Dr Dagron, le mardi et le vendredi, à 10 h. 1/2.

Hopital de la Pitié. — M. le Dr Babinski : *Conférences cliniques sur les maladies du système nerveux*, samedi à 10 h. 1/4 du matin.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Le Pr Alfred Fournier, les mardis et vendredis, a 10 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain.

Terrier (F.) et Auvray (M.). — Chirurgie du foie et des voies biliaires. Traumatismes du foie et des voies biliaires. Foie mobile. Tumeurs du foie et des canaux biliaires. In-8 de 318 pages, avec 50 figures. — Prix. . . . . 10 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille, 19.

Bouchinet (A.). — Royat. Indications thérapeutiques méthodiquement classées. In-18 cartonné de 104 pages. — Prix : 2 fr.

Librairie O. DOIN
8, place de l'Odeon

Balestre (A.) et Gilletta de Saint-Joseph. — Etude sur la mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France, de 1892 à 1897. In-4 de 53 pages.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 19. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 11 MAI 1901.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Quelques réflexions sur les sérums en thérapeutique (1) ;

Par le Dr Paul COUDRAY.

La question des sérums en thérapeutique, présentée dans la réunion plénière des trois sociétés le 7 mars dernier, par les rapports de MM. Vidal, Gillet et Hallion, est tellement vaste qu'elle n'a pu être qu'effleurée dans la discussion. Je voudrais seulement dire un mot sur les sérums artificiels dans le traitement des infections chirurgicales graves et sur la sérothérapie du tétanos.

I. Comme l'a indiqué Hallion dans le rapport qu'il a traité avec tant de compétence, les injections du sérum artificiel ordinaire, renfermant 7/1000 de chlorure de sodium, sont entrées depuis un certain temps dans la pratique courante pour le traitement des septicémies chirurgicales. Cela est vrai, mais comme cette pratique ne remonte pas à un grand nombre d'années, on ne saurait trop insister sur les avantages qu'elle présente, de manière à la faire connaitre davantage.

Autrefois les phlegmons diffus des membres, les fractures compliquées et autres infections causaient beaucoup de morts ; aujourd'hui encore, un certain nombre de malades succombent à ces septicémies dont le pronostic a cependant été très amélioré par l'antisepsie.

Ce pronostic est devenu moins sombre aussi depuis l'emploi du sérum dans ces états septiques. Je ne parle pas ici du sérum antistreptococcique qui paraît plus dangereux qu'utile, mais du sérum artificiel.

De même que la plupart des chirurgiens, j'attache une extrême importance à l'emploi de ce sérum dans les grandes infections, dès que la température s'élevant au-dessus de 39°, on voit bientôt survenir les signes de détresse du cœur ; faiblesse, grande fréquence et irrégularité du pouls. Dans ces conditions, d'autres moyens que le sérum rendent des services, la caféine en particulier, mais je crois que le sérum a une action plus puissante, plus persistante et que cette action s'exerce non seulement sur le tonus circulatoire, mais encore sur la nutrition, sans parler du lavage du sang que M. Hallion a combattu dans une large mesure, sans toutefois l'écarter.

Je me contenterai de citer deux cas relativement récents de ma pratique, dans lesquels le sérum artificiel me semble avoir donné un appui précieux à la chirurgie conservatrice.

(1) Communication à la Société de méd. de Paris.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme adulte, jeune, que j'ai vu il y a deux ans avec le Dr Leroy, et qui, à la suite d'une fracture de jambe par écrasement, fut pris dès le deuxième jour d'un état septicémique grave ayant sans doute pour origine les parties molles. Grâce à de larges débridements au thermocautère, les accidents s'amendèrent momentanément pour devenir bientot plus graves par le fait de l'ostéomyélite du tibia, puis des suppurations diffuses dans toute la jambe. La température s'élevait chaque soir à 39°5, et parfois 40° ; le matin elle était au voisinage de 37°. Malgré tous les débridements au thermocautère, la situation resta redoutable pendant trois semaines, et il fut à plusieurs reprises question d'amputer la cuisse. M. Lannelongue, appelé en consultation, déconseilla cette intervention et il eut raison, car le malade y eût probablement succombé. Quoi qu'il en soit, aux moments les plus sombres, le pouls faiblissant et le malade se trouvant affaissé, on fit à quelques jours d'intervalle trois injections de sérum artificiel de 500 grammes. A la suite de chaque injection, le pouls devint meilleur et le malade se sentit réconforté ; bref il est guéri et dans des conditions si satisfaisantes qu'il donne un bal aujourd'hui même, et où il figurera honorablement, j'en suis certain. J'ai observé le second cas récemment avec notre distingué collègue, le Dr Cayla (de Neuilly). Il s'agit d'une fillette de 10 ans, qui, à la suite d'une opération complexe sur un pied autrefois atteint d'une abondante suppuration, avec persistance d'altérations osseuses fermées, fut atteinte au bout de cinq à six jours d'une septicémie, qui bientôt prit un caractère alarmant : pouls très petit, presque imperceptible, irrégulier et extrêmement fréquent 140 à 150, température 39°,5 et 40° le soir, 37 à 37°5, le matin ; comme dans le cas précédent, il fut question très sérieusement d'amputation. Fort heureusement les débridements au thermocautère et les injections de sérum modifièrent très vite la situation. Pendant sept jours consécutifs, on fit des injections de sérum artificiel de 200 à 250 grammes, et il est très évident que ces injections ont eu une grande part dans la rapide transformation de cet état, qui fut réellement très grave.

Dans le traitement de l'*appendicite*, le sérum joue aussi un rôle très important. Sur plusieurs malades, j'ai vérifié le bien fondé de l'opinion de Jalaguier, qui plus qu'aucun autre, a insisté sur le sérum dans cette maladie. Non seulement le sérum agit contre l'infection, mais son emploi, répété tous les deux jours par exemple plus ou moins régulièrement, à la dose de 150 à 300 grammes, permet aux malades de supporter pendant fort longtemps une diète presque absolue, sans être épuisés. On peut *souvent*, grâce à ce moyen, joint au traitement classique par la

glace et l'opium, gagner du temps et arriver à opérer les malades à froid. Tout le monde est, je crois, d'accord sur ces faits. J'arrive à *la sérothérapie antitoxique dans le tétanos.*

Là règne une grande incertitude. Je comprends fort bien qu'en présence des résultats, plus souvent mauvais, fournis par la sérothérapie dans le tétanos confirmé, et qu'en l'absence d'indications très précises à l'emploi de la sérothérapie préventive, M. Edmond Vidal soit resté, dans son rapport, sur une grande réserve, une réserve défavorable. Je ne crois pas que l'analyse des observations publiées autorise un pessimisme aussi accusé.

Je n'accepte pas, d'une manière complète, les conclusions par lesquelles notre confrère limite les indications du *sérum préventif*, ainsi qu'il suit : « Il vaut mieux, dans la pratique courante, n'employer le sérum antitétanique que si plusieurs accidents, se produisant à quelques jours d'intervalle, en un même lieu, chantier ou écurie, l'un des blessés présente des accidents tétaniques ».

Il faut, à mon avis, élargir cette formule en faisant intervenir parmi les indications de sérothérapie préventive, l'existence antérieure, même à une date reculée, du tétanos humain ou équin dans l'endroit où le blessé a reçu une plaie l'exposant au tétanos, plaie souillée par la terre, la boue, le fumier.

On sait, en effet, depuis longtemps, qu'il y a des régions et des localités où le tétanos sévit fréquemment. On connaît les faits cités à la Société de Chirurgie en 1885 par Larger, qui observa cinq cas de tétanos humain en dix-huit mois, dans le village de Carrières-sur-Poissy. Thiriar (de Bruxelles) a signalé, au Congrès français de Chirurgie, en 1886, une série de *huit* cas de tétanos survenus dans l'espace d'un an et demi, dans un petit pays aux environs de Waterloo. Dans un récent et intéressant travail (*Année médicale de Caen*, 15 février 1901) et *Bulletin médical*, M. Barette (de Caen) a signalé plusieurs lacalités, aux environs de Caen, comme étant des foyers à tétanos humain et animal. Il ne cite pas moins de cinq de ces localités, et les médecins de la région ont l'heureuse intention, par la publication de leurs faits, de dresser une carte des foyers notoirement tétanigènes du département.

A Paris, il est manifeste que la fréquence du tétanos est bien moindre que dans la région en question où l'industrie chevaline tient une place si considérable. Néanmoins il s'y produit encore quelques cas de tétanos et l'on connaît aux portes de Paris, sinon dans Paris même, des foyers à tétanos. M. Reclus n'a-t-il vu, à la Pitié, plusieurs tétaniques venant des bords de la Bièvre, presque dans Paris? De même, M. Bazy n'a-t-il pas soigné à Bicêtre plusieurs cas de tétanos provenant d'une localité voisine. Il serait très intéressant que chaque chirurgien fît connaître le lieu d'origine des blessures chez les tétaniques; on pourrait ainsi, à l'exemple des médecins des environs de Caen, dresser une carte des foyers tétanigènes, qui servirait de guide aux praticiens, leur fournissant une indication du sérum préventif.

Même à défaut de cela, on peut parfois se renseigner et savoir si, dans un chantier, une ferme, un dépôt de chevaux, une usine, il s'est produit quelques cas de tétanos humain ou équin, même à une époque éloignée. Dans la négative, je crois, sans en être sûr, qu'on peut s'abstenir de faire usage du sérum préventif. Ainsi, depuis quelques années, j'ai vu un certain nombre de sujets blessés par des machines, dans une usine avec chantiers situés dans l'intérieur de Paris. La plupart du temps, il s'agissait de plaies multiples des doigts, fréquemment avec ouverture des articulations.

Dans aucun cas, je n'ai fait d'injection de sérum préventif, parce que je savais que depuis plus de vingt ans aucun cas de tétanos ne s'était montré dans cette usine, soit sur l'homme, soit sur les chevaux, dont un certain nombre y avaient été castrés. Mais dans des conditions opposées, et si un seul cas de tétanos s'était produit, même dix ans auparavant, j'aurais utilisé chez les blessés en question les injections de sérum préventif.

Résultats de l'emploi du sérum préventif. — Il est difficile, à l'heure actuelle, d'être fixé ou même d'être renseigné sur l'efficacité de la sérothérapie préventive chez l'homme parce que cette pratique est de date trop récente et qu'elle est encore trop peu répandue.

Aussi devons-nous nous reporter à la médecine vétérinaire si nous voulons avoir des documents précis sur cette question; d'ailleurs, bien que le cheval contracte beaucoup plus facilement le tétanos que l'homme, les résultats qui ont été signalés par les médecins d'animaux ne peuvent nous être indifférents.

Dans la réunion plénière des trois Sociétés, deux vétérinaires, MM. Meuveux et Cagny, se basant sur un certain nombre d'opérations, qui parfois sont suivies de tétanos chez le cheval, ont noté qu'aucun des animaux soumis aux injections préventives de sérum ne fut atteint de tétanos.

Cette statistique isolée fournit un nouvel appoint à la grande statistique présentée par M. Nocard à l'Académie de Médecine dans la séance du 27 juillet 1897. Sur 2.707 opérations faites sur des chevaux, avec injections préventives, un seul cas de tétanos survint chez un cheval qui avait reçu l'injection cinq jours après son opération; encore ce tétanos fût-il bénin. Cependant tous les chevaux opérés étaient entourés d'animaux tétaniques, puisque pendant la période que durèrent ces expériences, les 63 correspondants de M. Nocard observèrent 259 cas de tétanos chez des animaux non traités par le sérum préventif.

Ces données sont aujourd'hui courantes en médecine vétérinaire et mon ancien collègue d'internat, Barette, dont je citerai encore le travail dans un instant, me disait récemment que, dans toute la région de Caen, la très grande majorité des vétérinaires emploient le sérum préventif dans leurs opérations, la castration en particulier, et que les très rares praticiens réfractaires à cette pratique avaient perdu leur clientèle, tellement les résultats du sérum préventif avaient été nets et évidents pour les cultivateurs et propriétaires de chevaux.

En ce qui concerne l'homme, je dirai que Bazy et Reclus ne sont pas les seuls à soutenir l'utilité des injections préventives pour toutes les plaies suspectes. Barette conseille la même pratique pour toutes les plaies contaminées par le sol et provenant de régions à tétanos. De même, M. Verdelet (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 24 février 1901), dit employer depuis trois ans le sérum préventif pour toutes les plaies souillées de terre, et qu'il n'a pas observé un seul cas de tétanos depuis qu'il a cette pratique. Il n'y aurait pas à faire de longues recherches pour trouver d'autres partisans de cette manière de voir.

Un mot maintenant de la sérothérapie dans *le tétanos confirmé.*

Se basant sur des expériences, M. Nocard a déclaré à l'Académie de Médecine en 1895, (séance du 22 octobre) que le sérum était impuissant contre le tétanos confirmé. Est-ce là une sentence sans appel? Les chirurgiens ne l'ont pas pensé puisqu'ils ont continué ou plutôt commencé à se servir du sérum antitétanique, soit en injections sous-cutanées, soit de préférence, depuis deux ou trois, en injections intra-cérébrales, suivant le procédé de Roux et Borrel.

Si l'on considère les résultats présentés à la Société de chirurgie en 1898 et 1899 par exemple, on constate une proportion inquiétante d'insuccès; cela est incontestable. Mais si l'on veut apprécier rigoureusement les faits on voit que dans bien des cas on est intervenu très tard, presque sur des mourants.

Mais parmi ces faits quelques-uns sont favorables et on a cité d'autre part également des observations positives. En voici quelques-unes:

Wehlin (de Clamart), Académie de Médecine (13 juillet, 1897), a guéri un cas de tétanos en injectant sous la peau à plusieurs reprises 120 c.c. de sérum au total.

Boinet (de Marseille), Société de Biologie 1897, a eu un succès dans un cas de tétanos en commençant les injections

seulement au bout de huit jours ; il fit successivement 10 injections de 10 c.c.

Quénu (*Presse médicale*, 1898), dans un cas observé avec Chauffard, a obtenu la guérison dans un cas où il pratiqua le quatrième jour une injection intra-cérébrale, après avoir fait la veille une injection sous-cutanée qui n'amena pas d'amélioration.

Garnier (*ibidem*), dans un cas très grave, fit quelques jours après le début des accidents, une injection intra-cérébrale de 15 c.c.. et les jours suivants des injections sous-cutanées, la guérison eut lieu.

G. Rambaud (*New-York médical journal*, 1898), analyse 12 cas de tétanos traités par les injections intra-cérébrales et il note 6 succès.

Forgue (Société de Chirurgie, 1898), signale une guérison après injection intra-cérébrale de 13 c.c.

Bousquet (Société de Chirurgie. 23 novembre 1898) a signalé un succès après avoir employé simultanément le chloral et les injections sous-cutanées.

Vilon (de Versailles) *ibidem*, a obtenu deux guérisons en intervenant dans les huit premières heures par des injections intra-cérébrales.

Barette (travail cité plus haut) a eu deux succès. Dans le premier cas, il avait employé le chloral et le bromure simultanément avec une injection cérébrale de 13 c.c. Dans le second, il employa le sérum seul par la voie cérébrale, faisant dans un hémisphère une injection de 8 c.c., et le lendemain, dans l'autre hémisphère, une injection de 10 c.c. chez un jeune enfant.

Peut-on arguer que tous ces cas — et il serait bien facile d'en relever d'autres dans la colossale bibliographie qui existe sur le sujet depuis quelques années — que tous ces cas, dis-je, ont guéri parce qu'ils étaient bénins. Ce serait là une supposition non fondée. Sans doute, quelques-uns ont pu être bénins, tel le cas de M. Boinet par exemple, qui a eu la chance de guérir son malade en commençant seulement les injections au bout de huit jours de maladie, mais encore n'est-ce là qu'une hypothèse.

Au résumé, même en tenant compte de ce fait qu'un certain nombre de cas de tétanos guérissent sans le sérum, il apparaît avec évidence, me semble-t-il, que l'emploi du sérum a amélioré le pronostic de cette redoutable affection. Quelques chirurgiens, Barette en particulier, ont indiqué *deux conditions* à remplir pour avoir le plus de chances de succès ; c'est l'intervention rapide par voie cérébrale et d'autre part l'emploi de doses relativement élevées et répétées.

C'est par ces indications pratiques, auxquelles je souscris, que je termine cette discussion :

1° Le sérum préventif sera utilisé dans toutes les plaies souillées par le sol ou le fumier, lorsque ces plaies se sont produites dans un lieu contaminé par le tétanos humain ou animal, actuellement ou antérieurement, même à une date reculée. Le sérum préventif est employé le plus tôt possible en injections sous-cutanées à la dose de 10 c.c. en moyenne ; suivant les cas, il sera bon de les répéter plusieurs jours de suite.

2° Dans le tétanos confirmé, il y a lieu d'intervenir dès l'apparition des premiers symptômes, par voie cérébrale. L'anesthésie locale est suffisante pour la petite trépanation. On fera une première injection de 6 à 8 c.c. chez les enfants, de 10 c.c. chez les adultes, et au cas où les symptômes ne s'amendent pas, on pratiquera le lendemain ou le surlendemain dans l'autre hémisphère une seconde injection de 10 c.c. Dans la suite, il y aura souvent utilité à continuer le sérum en injections sous-cutanées.

La Lutte contre l'Alcoolisme. — On a inauguré à Bordeaux le premier débit de tempérance. Le préfet, le secrétaire général de la préfecture, le maire, les [illegible], le recteur de l'Académie, le président de la Chambre de Commerce et un grand nombre de notabilités du commerce assistaient à la cérémonie. M. Bay[illegible] et M. Charles Cazalet, promoteurs de l'œuvre, ont prononcé des discours contre l'alcoolisme.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos des vaccinations.

La recrudescence de la variole, dans ces derniers mois, a donné une activité nouvelle aux propagateurs de la vaccination. On a vacciné et revacciné partout, à l'Académie, dans les hôpitaux, dans les dispensaires, dans les écoles, dans les mairies. Dans les asiles de nuit, les vaccinations se font régulièrement tous les soirs, sage mesure qui devrait bien être perpétuée, car les malheureux qui fréquentent ces asiles peuvent être plus aisément les victimes et les propagateurs de la variole. Il y a bien quelques anomalies à constater. Par exemple la préfecture de police, chargée de veiller à l'exécution des mesures d'hygiène, n'a pas, croyons-nous, fait revacciner *tous* ses gardiens de la paix ; il en est de même de plusieurs employés de l'Assistance publique ; certains même ont payé leur négligence d'une attaque de variole contractée dans l'exercice de leurs fonctions. Il en fut ainsi autrefois à la Faculté de Médecine, ce ne fut qu'après une vive campagne menée par notre Rédacteur en chef, et à la suite du décès de plusieurs étudiants et d'infirmières atteints de variole, que l'on se décida à exiger la vaccination et la revaccination et des élèves en médecine, et du personnel secondaire des hôpitaux. Un tel service aurait dû lui compter !

Mais pourquoi, dans l'application de cette sage bien que trop tardive mesure, la Faculté refuse-t-elle de prendre en considération les certificats de vaccination des médecins qu'elle a elle-même diplômés ? Pourquoi avec l'Académie de médecine, un institut vaccinal, sans doute parfait, monopolise-t-il sa confiance ? Ce sont des questions auxquelles nous ne saurions répondre, bien qu'avec tout le corps médical parisien, nous soyons très sensibles à cet outrage immérité. Quoi qu'il en soit, on vaccine et revaccine beaucoup actuellement, et peut-être n'est-il pas sans intérêt d'examiner rapidement comment se pratiquent les vaccinations.

Comme il y a là une question de préservation publique, nous comprenons la libéralité qui préside aux vaccinations gratuites, bien qu'il soit choquant de voir des dames couvertes de bijoux, attendre à la file, rue des Saints-Pères, les bienfaits de l'inoculation académique.

Dans les dispensaires, ce sont les médecins des bureaux de Bienfaisance qui sont chargés des vaccinations. Il est vrai que la plupart ne peuvent remplir cette tâche, qui n'est d'ailleurs pas obligatoire pour eux, un singulier hasard ne rendant disponible la génisse vaccinifère, dans beaucoup d'arrondissements, qu'aux heures des consultations de ces praticiens.

Plus singulière encore est la pratique des vaccinations dans les établissements hospitaliers. Les malades y sont inoculés sans l'avis du médecin chef de service. La vaccine y est délivrée comme une fourniture, peut-être après adjudication. Nous n'incriminons en rien le personnel qui vaccine, nous ne doutons pas de son expérience ni des précautions aseptiques qu'il prend dans la pratique de ses inoculations : mais comment se renseigne-t-il sur les malades qui doivent être vaccinés ? Est-il indifférent, tant dans un service de médecine que dans un service de chirurgie, de faire con-

tracter à des malades débilités, fébricitants, nouvellement opérés, une maladie infectieuse comme la vaccine, si bénigne soit-elle ? Ne serait-il pas plus sage de confier au personnel médical de chaque service le soin de la vaccination de ses malades, sur l'indication et sous la surveillance du chef de service qui seul est responsable des accidents qui peuvent survenir. Ceci, du reste, se passe dans quelques rares services. Nous croyons qu'ainsi pratiquée, la vaccination donnerait de plus sûrs résultats, et que le public l'accepterait spontanément et avec plus de confiance. J. Noir.

Cours de clinique chirurgicale infantile : Par M. le Pr Kirmisson.

M. Kirmisson, récemment nommé à la chaire nouvelle de clinique chirurgicale infantile, a inauguré cet enseignement à l'hôpital Trousseau, le 4 mai, à 10 heures du matin, devant un nombreux auditoire d'élèves, de collègues de la Faculté et des Hôpitaux, et de confrères amis, dont l'affluence a prouvé au nouveau professeur par combien d'affectueuses sympathies était ratifiée sa nomination.

Il exprime d'abord, de façon charmante, sa reconnaissance à ceux dont les suffrages l'ont élevé au professorat, et à tous ceux qui ont applaudi à son succès ; puis il prend pour thème de sa leçon d'ouverture l'étude d'ensemble de la chirurgie infantile. Après en avoir exposé à grands traits l'historique, il montre quel vaste champ d'études elle embrasse et combien de sujets divers elle comporte : Ce sont d'abord les lésions congénitales ; puis les complications des otites, les affections des amygdales et du pharynx nasal, l'appendicite, l'invagination, les prolapsus et polypes du rectum ; puis les maladies en rapport avec l'accroissement du squelette, ostéomyélite, tuberculose osseuse, rachitisme, etc. ; et enfin les maladies de l'appareil locomoteur de diverses origines. Il fait remarquer la place énorme qu'occupe en chirurgie infantile l'orthopédie, ou, pour mieux dire maintenant, la chirurgie orthopédique, car l'asepsie a étendu considérablement le domaine de l'intervention chirurgicale aux dépens de l'orthopédie ancienne. Mais, si l'asepsie permet au chirurgien maintes opérations devant lesquelles il eût sagement reculé autrefois, il ne faut pas oublier qu'elle constitue aussi une puissante ressource pour la conservation, et il faut savoir l'utiliser dans ce but en chirurgie infantile, qui doit être une chirurgie particulièrement conservatrice. — M. Kirmisson passe ensuite en revue les détails et les difficultés de l'examen des enfants malades, les artifices dont il faut savoir user pour le mener à bien, les services précieux que rend la radiographie, dans un grand nombre de cas, comme moyen de renseignement rapide, précis, avec économie de douleur..., etc. — Il termine en indiquant l'organisation de son service et des services spéciaux qui le compléteront : gymnastique, massage, électricité, radiographie, maladies du larynx, du nez et des oreilles.... — Après cette leçon, aussi intéressante comme fond que remarquable comme forme, et dont les quelques lignes précédentes ne peuvent donner qu'un très vague aperçu, M. Kirmisson, a guidé ses auditeurs dans la visite de ses salles de malades, de ses salles d'opérations et des locaux affectés aux divers services accessoires. C.-H. P.-V.

Médecin conseiller général. — Le Dr [illegible], républicain, a été élu conseiller général du canton de [illegible] (Meurthe-et-Moselle), en remplacement de M. Mangin, républicain, décédé, par 1.081 voix contre 743, à M. Caye, réactionnaire, sur 2.170 électeurs inscrits, 1.839 votants et 1.827 suffrages exprimés.

PHARMACOLOGIE

Voici une formule très en vogue à Vienne contre la chloro-anémie, parce qu'elle ramène promptement l'appétit et les couleurs.

Artemisine.	0 gr. 001	milligr.
Quassine cristallisée . .	0	001	—
Protoxalate de fer . . .	0	10	centigr.

pour une dragée. — Quatre dragées par jour, deux avant chaque repas.

Les couleurs apparaissent *invariablement* entre le neuvième et le douzième jour.

La réunion de l'artemisine et de la quassine cristallisée réveille puissamment l'action des fibres musculaires du tube digestif, ce qui se traduit par un appétit presque immédiat.

Cette formule (spécialisée sous le nom de dragées Briss), réussit en effet où les autres ferrugineux échouent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 avril 1901

Influence de la stérilisation du milieu habité, de l'air respiré et des aliments ingérés sur l'organisme animal.

MM. Charrin et Guillemonat viennent de faire une série d'expériences ayant pour but d'étudier le rôle, sur les principaux phénomènes vitaux, des bactéries qui pénètrent à tout instant dans l'économie par les voies respiratoire et digestive. On a déjà démontré que, si l'on fait vivre des animaux *nouveau-nés* en dehors de toute intervention bactérienne, le développement est difficile, et la mort survient au bout de quelques jours. C'est sur des cobayes *adultes* que les auteurs ont porté leurs recherches. A côté des animaux en expérience, lesquels, enfermés dans des cages aseptisées par flambage, respiraient de l'air filtré sur une couche d'ouate et recevaient des aliments stérilisés par la chaleur, étaient placés une série de témoins, vivant dans des conditions rigoureusement identiques, mais non protégés contre les microorganismes ambiants. Une assez forte proportion des uns et des autres moururent en moins d'une semaine — temps au bout duquel l'expérience était interrompue — en raison de l'alimentation un peu insuffisante, du manque d'espace, etc. Toutefois, la mortalité fut assez différente dans les deux séries : 19 sur 27 des animaux « aseptiques » succombèrent, alors que, de 23 témoins, 10 seulement moururent. En outre l'amaigrissement moyen fut de [illegible] grammes [illegible] par jour pour les premiers, de [illegible] grammes [illegible] seulement pour les seconds ; le rapport de l'azote urinaire à l'azote total, qui n'était chez les uns que de 0.8[illegible], atteignait 0,[illegible]8 chez les autres.

Enfin, après une injection de virus pyocyanique [illegible], six cobayes sur neuf de la première série moururent [illegible] soit les deux tiers, alors que parmi les témoins, il n'y en eut que cinq sur onze, un peu moins de la moitié, qui succombèrent.

Ces expériences démontrent de façon évidente que l'on fait fléchir la vitalité et la résistance d'un organisme en stérilisant le milieu qu'il habite, l'air qu'il respire, les aliments qu'il ingère. P[illegible].

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 mai. — Présidence de M. [illegible]

Cocaïnisation par voie extra-durale.

M. C[illegible] a pratiqué la cocaïnisation par injections intra-rachidiennes et extra-durales au niveau de la membrane occipito atloïdienne vers le bulbe. Ces injections sont assez faciles, et l'auteur n'a jamais eu d'accidents

chez le chien : les résultats furent les mêmes que dans l'injection lombaire.

M. Tuffier, qui a injecté par voie extra-durale jusqu'à 8 centigrammes de cocaïne, a constaté l'échec de la méthode ; il y avait cocaïnisation générale, mais non analgésie locale suffisante pour permettre l'opération chirurgicale.

M. Sicard dit que dans l'injection extra-durale, l'absorption se fait par les capillaires comme le montrent les examens histologiques ; la méthode n'est peut-être pas chirurgicale, mais donne de bons résultats en médecine dans les sciatiques rebelles où les injections d'eau ou de sérum artificiel n'avaient pas réussi.

M. Laborde rappelle que les physiologistes opèrent depuis longtemps sur la membrane occipito-atloïdienne sans léser le centre respiratoire, mais ne conseille pas ce procédé chez l'homme, l'absorption par les vaisseaux lui semble le mécanisme de la cocainisation dans les expériences de M. Cathelin.

MM. Pitres et Abadie (de Bordeaux) concluent, comme MM. Tuffier et Hallion, à l'action de la cocaine sur les racines postérieures, ce qui donne l'analgésie dans les injections intra-rachidiennes lombaires. Si la moelle était en cause, l'analgésie serait nettement métamérique.

Pneumocoque et sérum antidiphtéritique.

M. Legros a obtenu des résultats négatifs avec le sérum antidiphtéritique employé contre le pneumocoque. Les leucocytes à aucun moment n'ont présenté des réactions de défense.

Action de l'urine des chiens à la mamelle sur les hématies.

MM. Sabrazès et Pauquet (de Bordeaux) ont communiqué le 6 mars, à la Société de Bordeaux, que l'urine des nouveau-nés normaux allaités au sein, urine pauvre en chlorures et en phosphates à point de congélation élevée, dissolvait les globules rouges ; la première urine du nouveau-né, *avant la tétée*, est dialysante. L'urine des petits chiens nourris à la mamelle (15 et 18 jours) n'était pas hématolysante, et en les nourrissant au lait de vache, l'urine n'a pas acquis cette propriété.

Hémothorax traumatique infecté à streptocoque et à bacille perfringens.

MM. Lecène et Legros ont vu un homme de 23 ans ayant reçu une balle de revolver dans la région thoracique supérieure droite. L'hémathorax remonte presque aussitôt jusqu'à l'épine et l'omoplate, sans signes de pneumothorax. La température 37°, 9 jours après l'accident, permet de penser à une résorption aseptique, quant le douzième jour l'état s'aggrave ; une ponction donne 1.250 grammes de liquide sanglant où se trouvent deux espèces microbiennes : streptocoque et bacille perfringens, celui-ci prédominant et tuant le cobaye de 400 grammes en vingt heures. Au seizième jour, après pleurotomie de deux litres de liquide hemo-purulent, gazeux, fétide, à bacille perfringens, puis le malade meurt avec une péritonite généralisée sans scepticémie. Le streptocoque prédomine dans le pus péritonéal, les cultures anaérobies permettent l'isolement du bacille perfringens ; le poumon droit atélectasié, couvert de fausses membranes : la balle de revolver incluse en plein parenchyme du lobe inferieur, Péritonite généralisée et perforation diaphragmatique.

M. No[illegible]ard a rencontré le tripanozome dans trois maladies: le tsé-tsé, la douri, le nagana sous des degrés différents de virulence.

M. [illegible]assano montre des préparations de tripanazome avec les flagella et les noyaux, niés par M. Laveran.

M. M[illegible] (de Lyon) présente les réserves adipeuses dans les ganglions spinaux de la grenouille en hivernation.

M. S[illegible] décrit deux coccidies des reptiles. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 mai 1901.

Les délires toxi-infectieux.

M. Regis montre qu'il y a des formes cliniques bien définies des psychoses toxi-infectieuses. L'une de ces formes, la plus typique, est essentiellement composée de deux éléments : un élément *confusion* et un élément *délire*, associés le plus souvent en proportions diverses, mais susceptibles aussi de se présenter isolément au point de donner lieu à deux variétés distinctes de la maladie. A la *confusion mentale* appartiennent l'obtusion, la désorientation d'esprit, l'hébétude et consécutivement l'amnésie avec démence temporaire ou définitive. Quant au délire, il est caractéristique ; c'est, dans toute l'acception du mot, un *délire de rêve* ou onirique. Il naît et évolue, en effet, dans le sommeil ; il est constitué par des associations forfuites d'idées, par des réminiscences hallucinatoires d'images et de souvenirs antérieurs, par des scènes de la vie familiale ou professionnelle, par des visions le plus souvent pénibles, par des combinaisons bizarres. Ce délire est tantôt uniquement nocturne, tantôt il continue le jour tel quel, comme un véritable *rêve prolongé*. Le délire des auto-intoxications et des infections n'est pas seulement un délire de rêve, c'est, de plus, un délire de rêve morbide, de *somnambulisme, d'état second*. Il se peut que chaque poison et chaque mode d'intoxication aient tendance à déterminer des manifestions symptomatiques un peu spéciales, susceptibles d'aider à une différenciation clinique. J'ai déjà relevé, à ce point de vue, la fréquence plus grande de la torpeur, de la *somnolence*, de la *narcolepsie* dans les psychoses d'auto-intoxication gastro-intestinale et surtout hépatique, et celle des crampes, des *attitudes cataleptoïdes*, de la *tétanie*, des *attaques éclamptiques* dans les psychoses d'auto-intoxication rénale. Ces psychoses diffèrent des vésanies ou folies pures, non seulement par leur nature, leurs caractères, leur évolution, leurs lésions pathogéniques, mais encore par le milieu où elles évoluent. Ce sont des délires *hospitaliers* et non pas d'asiles ; ce sont eux que le praticien est principalement appelé à voir et à traiter, en raison des états morbides auxquels ils se lient. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 mai 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Insuffisance aiguë du cœur dans la convalescence du rhumatisme.

M. Ferrier lit l'observation d'un malade convalescent de rhumatisme articulaire aigu qui, à la suite d'un voyage fatiguant, présenta les signes d'une dilatation aiguë du cœur. Les troubles asystoliques passés, on constata des signes de rétrécissement mitral et d'insuffisance aortique.

Examen cytologique de l'exsudat des vésicatoires.

MM. Roger et Josué ont examiné, après centrifugation, l'exsudat des vésicatoires. Chez les personnes normales, il y a une grande quantité d'eosinophiles (15 à 20 0/0). Chez les tuberculeux à la 2e ou 3e période ; il n'y a pas d'eosinophiles. Chez les tuberculeux peu avancés ou scléreux, les eosinophiles peu nombreux existent et ont un aspect gonflé, hydropique. Dans la pleurésie tuberculeuse, les eosinophiles existent mais sont rares. Dans la plupart des maladies aiguës, les eosinophiles disparaissent, on les retrouve au moment de la convalescence.

Céphalée chez un malade guéri par la ponction lombaire.

MM. Marie et Vilain ont observé un malade atteint de néphrite chronique qui se plaignait de céphalées très pénibles ; aucun traitement ne le soulageait ; la ponction lombaire donna issue à une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien et sa céphalée cessa. Ils pensent que la céphalée est due à la tension exagérée du liquide céphalo-rachidien.

Méningite cérébro-spinale fruste.

M. Rendu signale un cas de méningite cérébro-spinale fruste ; le malade avait eu des épistaxis, de la fièvre et des douleurs de la tête et des jambes. Au bout de trois jours, on constata le signe de Kernig et des douleurs de la nuque. Le malade est guéri en 15 jours.

M. Vincent a observé trois cas analogues ; un des malades succomba à la suite d'une rechute et l'examen necropsique vérifia le diagnostic de méningite cérébro-spinale.

Kystes hydatiques de la plèvre et du poumon.

M. Josias rapporte l'observation d'une enfant de 4 ans, qui a succombé dans son service aux suites de kystes hydatiques de la plèvre et du poumon gauche. Ces cas sont excessivement rares et d'un diagnostic difficile. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mai 1901. — Présidence de M. Reclus.

M. Reynier complète les deux observations de suture nerveuse immédiate, où cette suture avait été suivie d'un fonctionnement parfait des muscles innervés par ce nerf.

M. Walther a observé ces jours derniers un fait d'une extrême rareté ; il vit un malade chez qui un mouvement brusque d'une manivelle d'automobile détermina une douleur violente, syncopale, suivie d'anesthésie dans la sphère du médian et du radial avec paralysie des muscles correspondants. Ce n'est que huit mois après l'accident, à la suite de massage et d'électricité, que les mouvements et la sensibilité revinrent et actuellement, quatorze mois après l'accident, l'état fonctionnel est à peu près normal, quoique un peu plus faible ; il y a une petite tumeur au-dessus du ligament annulaire de la main, extrêmement douloureuse ; M. Walter pense qu'il y a eu là une élongation du nerf avec déchirure partielle et ce n'est que quatorze mois après que la sensibilité est revenue.

M. Quenu revient aux faits de M. Reynier et il demande à ce dernier s'il a, après la section du sciatique, constaté la paralysie des extenseurs ; ce fait n'existait peut-être pas et il est alors possible qu'il y ait eu une anomalie nerveuse. D'ailleurs la réunion immédiate des cylindraxes n'existe point et quel que soit le moment de la réunion, on trouve entre les deux bouts une gangue amorphe avec cellules embryonnaires.

M. Poirier dit que les observations de M. Reynier ne sont pas de nature à le convaincre ; la réunion immédiate chirurgicale est possible, mais la réunion physiologique ne l'est pas, la portion du cylindraxe qui n'est plus en rapport avec la cellule centrale est vouée à la dégénérescence.

M. Ricard a fait de nombreuses expériences sur des chiens ; la réunion nerveuse fut toujours immédiate, et le fait fut constaté histologiquement ; cependant jamais il ne put constater l'absence de paralysie comme M. Reynier.

M. Potherat a constaté comme M. Lejars la lenteur du rétablissement des fonctions motrices après section nerveuse ; mais la durée peut être diminuée par le massage et l'électricité du muscle ; quand la suture est immédiate, le rétablissement est très rapide ; il a suturé récemment un nerf cubital deux heures après sa rupture ; au bout de trois semaines le malade présentait le rétablissement des fonctions motrices du cubital.

M. Richelot présente un rapport sur un travail de Mlle Rosenthal, concernant le traitement du rein mobile par le massage ; ce traitement a donné, dans le service de M. Richelot, d'excellents résultats ; il faut de 20 à 40 séances. Mlle Rosenthal pense en effet que la cause primitive du rein mobile est fort souvent la congestion rénale. Schwartz.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Séance d'avril 1901. (Suite)

De la valeur du sérum Marmoreck dans l'infection puerpérale.

M. Lop (de Marseille). — L'auteur, après avoir traité cinq malades prises en pleine infection utérine, par des injections du serum de Marmoreck, croit à l'innocuité absolue et à l'efficacité de cette méthode.

Il la préconise même à titre prophylactique, mais il ajoute que jamais la sérothérapie ne devra faire rejeter le nettoyage de la cavité utérine. Cette opération s'impose, elle devra toujours avoir le pas sur l'injection de sérum.

Gangrène des membres inférieurs pendant [illegible] de couches.

M. Andérodias (de Bordeaux). — Cette étude est basée sur vingt-trois observations, dont deux personnelles permettent d'établir que cette affection constitue l'un des accidents les plus redoutables des suites de couches. Au point de vue étiologique et pathogénique, la gangrène des membres inférieurs pendant la période puerpérale, compte toujours parmi ses antécédents : l'infection et toutes les circonstances qui la favorisent, albuminurie, hémorragie, avortement, intervention obstétricale.

Il faut distingner deux groupes principaux parmi les variétés anatomiques de cette affection. 1° Les gangrènes d'origine artérielle résultant soit d'une endartérite oblitérante primitive, l'une comme l'autre étant d'origine infectieuse, et le plus souvent de nature streptococcique ; 2° les gangrènes d'origines veineuse qui ont été et sont encore très discutées. Les examens anatomiques pratiqués par M. Andérodias l'ont convaincu de la réalité de cette pathogénie dans certains cas : toutes les veines étaient thrombosées et il n'existait aucune lésion artérielle. La gangrène est alors toujours humide ; elle ne se trouve réalisée que lorsque la stase sanguine est assez absolue pour priver les éléments des tissus des principes dont ils ont besoin. Enfin, dans un troisième ordre de faits, on a signalé des gangrènes symétriques des extrémités dans les suites de couches. Le pronostic est toujours sombre : sur trois cas de gangrène d'origine artérielle, il y a eu trois morts, mais sur douze cas de gangrène veineuse, il y eut seulement sept morts. Pronostic général 56 0/0 de mortalité. La guérison n'a été obtenue qu'à la suite de l'amputation pratiquée, dans les cas de gangrène artérielle, aussitôt que le sillon d'élimination avait apparu. Mais l'amputation est contre-indiquée dans les cas de gangrène d'origine veineuse.

De l'albuminurie gravidique récidivante.

M. Fabre (de Lyon). — Les observations dans lesquelles l'albuminurie se manifeste à plusieurs grossesses successives alors que habituellement, les urines sont normales, ont été signalées par les auteurs tels que Depaul, Budin, Vinay. L'auteur a publié deux faits de ce genre dans le *Lyon Médical* (21 juin 1900). Dans une observation, la malade avait eu trois grossesses terminées par la mort de l'enfant ; dans le second cas sur sept grossesses, cinq s'étaient terminées par la mort de l'enfant ; par l'accouchement prématuré provoqué au moment de l'apparition, toujours tardive de l'albumine, les deux enfants sont nés vivants et se sont bien élevés. Dans ces cas il existe une lésion portant sur la caduque qui est épaissie, bourrée de petits kystes sanguins ; de plus infiltration leucocytaire très marquéo du tissu décidual, ces lésions sont étudiées dans la thèse d'Eseher, de Lyon (1900). L'auteur croit qu'il s'agit d'une lésion primitive de l'œuf agissant sur le filtre rénal par l'intermédiaire d'une substance toxique sécrétée au niveau de la caduque et sur le fœtus par diminution progressive du champ de l'hématose fœtale. Le traitement prophylactique consiste en pansements pour modifier la muqueuse utérine après l'accouchement. Pendant la grossesse, l'interruption du traitement, quand l'enfant est viable, permet d'éviter sa mort.

Entéro-colite muco-membraneuse et grossesse.

M. Thoyer-Rozat (de Paris). — L'auteur rappelle le cas d'une entéro-colite muco-membraneuse survenue au [illegible]tième mois de la grossesse et ayant amené une menace d'accouchement prématuré.

Le diagnostic de la cause de l'accouchement prématuré imminent fut ici particulièrement difficile, l'entéro-colite n'ayant donné lieu à aucun symptôme avant l'apparition des contractions utérines ; ce ne fut qu'après vingt-quatre heures de douleurs que l'on put se rendre compte qu'en [illegible] de la zone utérine douloureuse au moment des contractions seule-

ment, il en existait une autre constamment douloureuse et répondant à la région iliaque. Un purgatif administré alors donna lieu à une abondante évacuation muco-membraneuse, suivie de plusieurs autres; grâce au traitement de l'entéro-colite, la menace d'accouchement prématuré rétrocéda assez rapidement et l'entérite elle-même céda en une huitaine de jours.

M. [illegible], à l'occasion de ce fait clinique, appelle l'attention sur les affections intestinales causant, pendant la grossesse, des erreurs de diagnostic d'une part, d'autre part des accidents du côté de l'utérus gestant. Il insiste en particulier sur la résorption des toxines constante dans les cas de diarrhée qui on le sait, s'accompagnent toujours de putréfaction intestinale, résorption qui paraît devoir acquérir son maximum de rapidité et d'intensité dans le cas d'entéro-colite muco-membraneuse, à cause de l'exfoliation partielle de la muqueuse et de la mise à nu des capillaires.

De la difficulté du troisième temps de la version par manœuvres internes. Extraction.

M. Budin. — Il s'agit d'une observation de présentation de la face en mento-illiaque droite postérieure dans laquelle fut pratiquée la version. L'extraction de la tête fut difficile en ce que la bouche n'était ni à droite ni à gauche, mais en arrière, et à peu près inaccessible; l'expression, peut-être un peu trop énergique, ayant produit la déflexion de la tête, la tête était arrêtée au-dessus du détroit supérieur. M. Macé, chef de clinique, ayant repris l'expression de haut en bas et d'avant en arrière, la tête descendit facilement sous cette pression directe; l'enfant naquit vivant, il pesait 3,750 gr. M. Budin fait remarquer que Jacquemier avait déjà admis que, dans ces cas, la tête pouvait être fixée solidement suivant son plus grand diamètre. H. C.

THÉRAPEUTIQUE

Sulfhydrothérapie dans la variole;

Par le Dr DE LADA NOKOWSKI.

I. — Le rôle de la sulfhydrothérapie antimicrobienne est de désoxygéner partiellement l'organisme infecté, pour entraver la vie et la pullulation des bactéries pathogènes. Cet effet peut être obtenu par l'acide sulfhydrique en solution aqueuse, préparée extemporanément et administrée par le rectum à la dose qui varie de dix milligrammes chez le [illegible] jusqu'à cent grammes chez l'adulte. On m'a souvent objecté que la plupart des bactéries pathogènes sont [illegible] facultatives, alors elles peuvent vivre dans un milieu [illegible] oxygène [illegible] présence de l'acide sulfhydrique. Cette circonstance fait au contraire la force et [illegible] de la sulfhydrothérapie : La transformation d'une aérobie en anaérobie est accompagnée de son changement morphologique; la forme, la nature, les mœurs et la sécrétion sont modifiées et la bactérie pathogène devient [illegible]. Toutes les bactéries pathogènes qui vivent dans l'organisme pourvu d'oxygène libre, vivent donc en aérobies et la sulfhydrothérapie ne cherche pas autre chose [illegible] que de les forcer de vivre en anaérobies et de devenir inoffensives. L'organisme a tant de moyens puissants de défense contre les bactéries, que la plus petite perturbation dans la vie de ces [illegible] suffit pour assurer la victoire des forces curatives. Dans les infections localisées l'acide sulfhydrique, en détruisant tout oxygène libre ou faiblement combiné dans les liquides intestinaux, agit comme bactéricide et ses plus petites doses procurent la guérison immédiate. Dans les infections générales comme dans celles des organes éloignés, l'action de l'acide sulfhydrique est indirecte : Absorbé par les vaisseaux il se détruit dans le sang en désoxygénant l'oxyhémoglobine, il crée ainsi un milieu défavorable pour la vie et la multiplication des bactéries pathogènes, et contribue puissamment à leur disparition de l'organisme. Cette guérison est plus ou moins prompte selon que les doses de l'acide sulfhydrique sont plus fortes ou plus souvent répétées.

II. — Parmi les infections générales, une des plus redoutées, à très juste titre, est la variole. Elle est aussi une des plus contagieuses, par l'air ambiant, par le contact et par l'inoculation du liquide des pustules; tandis que l'inoculation du sang des varioleux donne des résultats négatifs, le pus varioleux desséché conserve, d'après les auteurs Allemands, sa contagiosité pendant plusieurs années. La sérosité des vésicules naissants échoue quelquefois, le pus de vieilles pustules peut aussi échouer, tandis que le cinquième jour de l'éruption, quand la sérosité est devenue opalescente, l'inoculation n'a jamais manqué son effet. Les boutons apparaissent habituellement du seizième au dix-huitième jour (1).

Le vaccin de plusieurs mois ne supprime pas la réceptivité par l'inoculation, mais atténue beaucoup la manifestation de la maladie inoculée. Il supprime la réceptivité de la variole par l'air et le contact. En dehors du vaccin cette réceptivité varie énormément selon les individus, et s'atténue jusqu'à disparition par l'accoutumance, dans un milieu nosocomial. Jusqu'à présent, malgré des nombreuses recherches, l'agent pathogène de la variole n'est pas connu. Pfeiffer a décrit un amibe trouvé dans les pustules de la variole et de la vaccine qui détruit les cellules de Malpighi et provoque les cicatrices; mais le parasite pareil a été trouvé dans les autres fièvres éruptives et il ne paraît pas être spécifique. Klebs a trouvé dans les pustules varioliques un micro-organisme qu'il appelle le « Tetracoccus variolaœ » mais on l'a retrouvé sur la peau des sujets non varioleux. Marotta a isolé du liquide des pustules un « Microcoocus tetragone » qui se cultive sur la gélose et la gélatine en la liquéfiant. Les inoculations sur le veau de la septième génération de ce microcoque, a produit des boutons pareils à ceux du vaccin, mais ne prémunissant pas contre ce dernier.

Quand les vésicules de la variole sont devenus pustules, on trouve de très nombreux microcoques et les bactéries de la suppuration. L'incubation de la variole n'est pas toujours de la même durée : Andral la fixe à huit jours, Zinsen et Baërensprung à douze et quatorze jours, j'ai constaté pour deux malades, seize jours d'incubation. Les prodromes commencent par un ou plusieurs frissons et l'élévation de la température qui peut atteindre 41° dès le premier jour. La transpiration suit le frisson et dure habituellement jusqu'à la suppuration. La céphalalgie apparaît, puis les nausées et les vomissements, qui font rarement défaut. Le mal de reins est presque patognomonique. La constipation est habituelle; dans les cas graves, on observe souvent la diarrhée. L'intensité des symptômes ne peut pas servir à pronostiquer la gravité de la maladie car les prodromes légers précèdent souvent une variole grave, et *vice versa*.

Pendant la période prodromale apparaît l'éruption préliminaire, à peu près une fois sur huit, c'est le *rash* variolique qui a plusieurs degrés d'intensité. Son siège principal est : les aines, le ventre, le haut des cuisses; il peut devenir général : ce sont les taches irrégulières, striées, zébrées comme une tache d'encre qui a été essuyée par le frottement dans un sens. La coloration rosée érysipélateuse s'effaçant sous la pression, peut aller au lie de vin, parsemée de taches hémorragiques pétéchiales qui ne s'effacent point. La signification de ce rash n'a rien de fâcheux, il disparaît quand l'éruption commence; mais l'éruption de purpura dénote la forme hémorragique de la variole.

Cette période d'invasion dure trois jours ; le quatrième apparaît l'éruption à la figure, le cinquième au cou et sur le tronc, le sixième sur les membres et sur les muqueuses. La fièvre, qui avait de petites oscillations du matin au

(1) J'ai eu l'occasion de faire et observer les nombreuses inoculations de la variole en 1870 sur les soldats allemands, qui préféraient une variole légère, à la mort glorieuse sur le champ de bataille.

soir, tombe graduellement et le malade ressent un grand soulagement. L'éruption est d'abord papuleuse rouge sur le fond normal ; le deuxième et le troisième jour, les papules deviennent vésicules ; le quatrième, les vésicules se dépriment au milieu, s'ombiliquent ; le cinquième, elles deviennent pustules blanchâtres sur le fond rouge ; le sixième jour, la suppuration des pustules est complète Dans la variole discrète, il y a un à trois boutons par chaque centimètre carré de la peau ; quatre à six boutons par centimètre constituent la variole cohérente ; dans la variole confluente on peut compter jusqu'à vingt boutons par centimètre carré. Le nombre des boutons est le plus considérable à la figure ; le cou, la poitrine et le ventre en sont moins garnis ; les membres en possèdent encore moins. Dans la variole cohérente, les pustules se touchent, se confondent ; empiètent l'une sur l'autre, s'ouvrent les unes dans les autres. Les pustules de la figure ne s'ombiliquent pas, sauf dans la variole discrète. Au sixième jour de l'éruption, la fièvre se calme, il y a le délire, surtout la nuit ; l'éruption des muqueuses produit des douleurs intolérables, dans l'urètre, vulve et vagin, l'occlusion des paupières et larmoiement. le mal de gorge, l'extinction de voix. Les pustules sont dures, tendues, douloureuses, la figure boursoufflée, les yeux fermés par l'enflure, les membres tuméfiés. Aux souffrances intolérables s'ajoute la fétidité, insupportable pour le malade lui-même.

C'est le onzième ou le douzième jour de l'éruption que la dessiccation commence ; les pustules qui ont perdu leur dépression se couvrent de croûtes jaunes brunâtres, qui se fendillent par place pour laisser sourdre le pus, qui se dessèche à son tour et augmente leur épaisseur. Les croûtes des pustules qui ne suppurent pas tombent au bout de trois ou quatre jours, celles qui suppurent gardent leur croûtes pendant dix à quinze jours. Ces croûtes se détachent par larges lambeaux en laissant la surface grêlée, gaufrée, couturée. Quand les croûtes de la figure commencent à se détacher, les membres sont encore turgescents et douloureux, car ils sont de trois jours en retard. Les boutons des muqueuses sont également de trois jours en retard, ce qui prolonge la maladie ; de sorte qu'une variole discrète dure vingt à vingt-cinq jours avant d'entrer en convalescence. Les boutons de la variole discrète atteignent la grandeur qui varie entre un bouton de chemise et un bouton de gilet. Je tenais à décrire un cas de variole sérieux, mais qui guérit spontanément, pour le mettre en parallèle avec la variole plus sérieuse traitée par l'acide sulfhydrique.

Dans la variole confluente, le tableau change du tout au tout : La fièvre des prodromes ne cesse pas avec l'éruption, se complique de délire, de somnolence, de stertor et de colapsus ; les yeux, la bouche, le nez disparaissent au milieu d'un gonflement énorme couvert de croûtes polychromes repoussantes d'une fétidité épouvantable. Les croûtes du corps collées au linge se déchirent au moindre mouvement, en arrachant des hurlements aux malheureux moribonds, qui endurent des souffrances suppliciantes et succombent par l'intensité de ces souffrances ou par l'empoisonnement septique. S'ils réchappent par extraordinaire résistance, ils sont aveugles et hideux des déformations de leur visage. En général, toutes les varioles vraiment confluantes, toutes les hémorragiques, toutes compliquées de la pneumonie, sont fatalement mortelles.

III. — Examinons à présent la marche de la variole traitée par l'acide sulfhydrique en lisant les observations suivantes :

Obs. I. — 1er *juin* 1896. — M. Baraton, 1, rue des Ecoles, m'appelle pour sa nièce, Thérèse Guigou, âgée de 12 ans, malade depuis l'avant-veille. La maladie a commencé par un fort frisson, épistaxis et un violent mal de tête. Je trouve la température 38°,2, le pouls 108, plein et dure, la langue blanche, la bouche mauvaise, l'anorexie complète, le ventre sensible à la pression, surtout à la région cæcale, les fortes borborygmes. Elle n'a pas été à la selle depuis deux jours. J'ai appris qu'une des sœurs de la malade est atteinte de la variole et qu'il y a dix-huit jours que l'oncle a [illegible] Thérèse de sa présence. La maladie aurait donc seize [illegible] d'incubation. Certains signes diagnostics manquent : la [illegible] n'a pas eu de vomissements, elle ne transpire pas et elle [illegible] affirmé à plusieurs reprises de ne pas avoir mal aux reins. [illegible] a été vaccinée à l'âge de 2 ans, mais sans succès. Comme il y avait deux enfants à la maison, je les ai fait éloigner, et surveiller la fillette pour la transporter chez ses parents aussitôt l'éruption commencée. Je fis prendre 60 centigrammes de calomel et une potion avec 2 grammes d'alcoolature d'aconite.

2 *juin.* — La malade a été transportée auprès de sa sœur, car sa figure est couverte de papules qui apparaissent aussi au cou. La température était 37°,8. La malade a eu trois évacuations. Je prescrivis trois lavements sulfhydriques par jour à 10 centigrammes et les boissons acidulées froides.

3 *juin.* — Les premiers boutons ont un peu grossi, il en est apparu une grande quantité d'autres. L'éruption a gagné les membres, le dos et la poitrine. Les trois lavements sulfhydriques ont été bien gardés, on les continuera. L'état général est bon, point de fièvre ; la malade a pris deux potages, du bouillon et du lait, elle a eu deux selles.

4 *juin.* — L'éruption est complète à la figure, confluente, huit à dix boutons, au tronc et aux mains, deux à trois par centimètre carré. Aux bras et aux jambes, les boutons, plus rares, ont la grosseur de grains de chénevis, sont ombiliqués Deux boutons aux paupières, plusieurs sur les lèvres et à la vulve qui occasionnent la douleur, sont percés et cautérisés avec le nitrate d'argent. L'état général est très bon, la malade a faim. Comme sa langue est sale, je fais donner une cuillerée d'huile de ricin avant de commencer l'alimentation.

5 *juin.* — L'éruption est stationnaire, les boutons n'ont pas grandi, mais ils ont blanchi et sont devenus purulents. Un léger mouvement fébrile se manifeste qui n'enlève pas l'appétit. La malade commence à se lever. Le traitement sulfhydrique est supprimé.

6 *juin.* — Les boutons de la figure commencent à sécher, ceux du corps et des mains sont affaissés. La malade est en convalescence, elle mange, digère et évacue régulièrement, cette convalescence est survenue au bout de huit jours de la maladie, après quatre jours de traitement sulfhydrique. Il y a eu en tout 1 gr. 20 centigr. d'acide sulfhydrique administré. La variole n'était pas des plus violentes, mais en somme, elle était confluente. Une particularité que j'avais déjà remarquée plusieurs fois est que le ventre, les aines, les fesses ont été épargnés. A l'épigastre et aux cuisses le nombre des boutons augmentait en s'éloignant du ventre. Cette particularité m'a fait penser que l'acide sulfhydrique s'irradie du rectum en étonnant l'éruption. A la même date, la sœur de Thérèse, Marie âgée de 6 ans, vaccinée avec succès, malade dix-huit jours avant sa sœur, qui a été soignée par le procédé classique : boissons chaudes, couvertures chaudes, air confiné, obscurité était encore dans son lit, couverte de croûtes puantes ; un œil perdu par une pustule de la cornée que l'obscurité a empêché de voir et soigner par son médecin.

15 *juin.* — Thérèse ne gardait de sa variole que des taches rouges, sans cicatrices.

Obs. II. — Le frère de la précédente, Jean Guigou, [illegible] de 8 ans, vacciné, a été recueilli par une autre tante, lorsque la petite Marie est tombée malade. Il a été ramené à la [illegible] deux jours après Thérèse, le 3 juin, couvert de pustules [illegible] et six par centimètre carré, ombiliquées et déjà [illegible] à la figure, étaient encore à l'état de vésicules sur [illegible] Il a été traité également par trois lavements par jour [illegible] tigrammes d'acide sulfhydrique, il a absorbé 1 gr. 50 [illegible] En raison que le traitement a été commencé plus tard, [illegible] die s'est prolongée trois à quatre jours de plus que [illegible] rèse, les pustules ont atteint la grandeur des [illegible] plusieurs ont suppuré et laissé des cicatrices. Sur [illegible] l'éruption s'est faite, mais les pustules sont restées très [illegible]

Obs. III. Je la donne sous toute réserve, sans [illegible] prouver qu'il s'agissait d'une variole dont l'éruption [illegible] leuse a été empêchée par l'acide sulfhydrique, d[illegible] manque d'expérience, au début de la méthode, à une [illegible] extrêmement forte qui, heureusement, a été bien sup[illegible] en produisant le maximum d'effet

Le petit garçon de Mme veuve Abeille, 10, rue Vitalis, âgé de 3 ans, a été pris le 18 octobre 1893 d'un frisson suivi d'une fièvre ardente de 41°, 4 et de trois vomissements; le premier alimentaire, les deux autres aqueux. Point d'évacuation alvine depuis la veille, il est inondé de sueur et se plaint d'un mal de tête et d'une douleur aux reins qu'il dénonce très nettement, il lui est impossible de se tenir assis. L'enfant s'est amusé il ya douze jours avec un camarade malade de la variole et isolé seulement quand la maladie est devenue évidente. Il n'a pas été vacciné. Séance tenante, je lui fais administrer un lavement avec 0,10 centigrammes d'acide sulfhydrique qui est bien supporté et j'en fais donner un pareil dans la nuit et un le matin.

19 *octobre matin*. — Le lavement de la nuit n'a déterminé aucun inconvénient, celui du matin a produit une suffocation légère bien vite dissipée. La température est 38°,2, point de transpiration, la langue sale, la constipation persiste, le ventre est légèrement ballonné, point de céphalalgie ni rachialgie, ni vomissements. Aucune éruption, on donne encore trois lavements pareils avec la réserve de donner un lavement de solution iodo-iodurée au centième, si l'asphyxie recommençait. La suffocation après les lavements a été très-légère et on n'a pas jugé nécessaire de recourir au contrepoison. Le soir, température 39°, une cuillerée d'huile de ricin a amené deux selles. Au bas du ventre, dans l'aine et sur les cuisses je constate de larges taches se terminant en stries d'un rouge violacé, très pâle, comme si des taches d'encre violette avait été essuyées avec un linge promené dans un sens. C'est le rash. Le malade prend du bouillon et de l'eau rougie.

20 *octobre matin*. — La température 37°7 l'état général bon, une selle molle. Le rash, couleur de lie de vin, s'efface incomplètement par la pression, il occupe tout le ventre et l'épigastre, la moité des cuisses, point au dos. Le soir, le même état, la température 37°,2, le malade demande à manger malgré qu'il a pris deux potages et un œuf. Le rash persiste, point d'autre éruption.

21 *octobre*. — Même état. Aucun bouton, le rash n'a pas varié. Le malade mange.

22 *octobre*. — Le malade insiste pour qu'on le lève ; à quoi je ne vois aucun inconvénient, aucun bouton, le rash palit et s'efface.

23 *octobre*. — Le rash a disparu, le petit garçon ne se ressent nullement de sa maladie.

Au mois d'avril 1894, j'ai vacciné l'enfant de bras à bras, sans aucun effet, ce qui me fait croire que réellement j'ai eu affaire à une variole légitime avortée par le traitement précoce à triple dose d'acide sulfhydrique.

Obs. IV. — Si les cas précédents ont été légers, celui-ci présente une gravité de prodromes qui prouve évidemment que son issue favorable est due à la médication sulfhydrique.

12 *septembre* 1895, *matin*. — M. Théophile Molinard, âgé de 51 ans a eu un frisson violent qui s'est reproduit à plusieurs reprises, avec une intensité un peu moindre. Sa bouche était mauvaise, la langue chargée, l'inappétence absolue, nausées et vomissements à quatre reprises. Il n'a pas été à la selle depuis plus de vingt-quatre heures. A ma première visite je le trouve couvert de la sueur visqueuse, sa température est 41°,4, la langue couverte d'un épais enduit jaunâtre. Le ventre un peu ballonné, surtout à la région cæcale, douloureux à la pression, rempli de bruits sonores. La douleur lombaire violente lui fait prendre au malade le décubitus latérale droit, le tronc courbé en avant, les cuisses et les jambes dans une demi-flexion. Les urines rares sont foncées et leur émission est douloureuse. Dans l'incertitude de diagnostic, je fais prendre dans la soirée même 15 grammes d'huile de ricin, un lavement émollient, une potion avec 3 grammes d'alcoolature d'aconit et 2 grammes de teinture de noix vomique. Pour boisson, lait sucré avec de l'eau de seltz

13 *septembre matin*. — La nuit sans sommeil, le malade a encore eu trois vomissements; le purgatif a produit deux selles peu solides. Sa température est 41°, 2, point de borborygmes, l'inappétence est absolue, la rachialgie et les sueurs persistent.

Le soir la température 41°,5, point de vomissements, point de selles, les urines rouges brûlantes, céphalalgie violente et délire, la rachialgie persiste, l'inappétence est absolue.

14 *septembre* — Une nuit sans sommeil, aucune atténuation dans les souffrances de la tête et des reins, le malade dans son délire devient violent, irrascible, menaçant. Sa température se maintient à 41°. La sueur est toujours profuse. Quatre évacuations alvines noires fétides. L'inspection de la peau ne fait rien reconnaître ; malgré cela, le diagnostic différentiel me fait pencher pour la variole. J'ordonne chloral et bromure àà 2 grammes sirop de morphine, 50 grammes par vingt-quatre heures. Outre cela, je commence trois fois par jour les lavements avec 10 centigrammes d'acide sulfhydrique. Le soir, aucun changement, la température 41°,3, les souffrances un peu moindres, le délire atténué, un peu de sommeil dans la soirée. Absolument rien à la peau.

15 *septembre, matin*. — Toute la figure est parsemée d'une vilaine éruption noire, à raison de quatre à cinq par centimètre carré ; au centre, un point pétéchial avec une auréole brune de deux millimètres ; l'un et l'autre ne s'effacent pas par la pression ; on ne voit et on ne sent aucune papule. Quelques taches pareilles, mais encore mal dessinées, au cou et à la nuque. Le malade a un peu dormi tout en délirant, il est affaissé, sa sueur est très fétide et cette fétidité l'exaspère. La peau est brûlante, la température 41°,8. Je fais supprimer la potion calmante et la remplacer par la caféine et benzoate pour soutenir le cœur, dont les battements ont une mollesse et arythmie inquiétantes. Je remplace aussi les boissons froides par un grog chaud bien chargé en rhum. Quatre lavements sulfhydriques par vingt-quatre heures, et toutes les deux heures une ablution d'eau vinaigrée à la température + 12° (1).

Le soir les pétéchies de la figure forment des papules, il y en a d'autres apparues entre, le cou et le buste en sont couverts. Le mal de tête et des reins est apaisé, le délire est tranquille, la température 39°,8. Nous continuons 5 lavements sulfhydriques. Comme il y a eu encore deux selles méléniques je fais prendre comme boisson la décoction de 6 grammes de seigle ergoté dans un litre d'eau additionnée de 3 grammes de l'eau de Rabel. Encore 15 grammes d'huile de ricin.

16 *au matin*. Après le purgatif qui a amené les matières non noires, est survenue une bonne détente ; la température 38°,2. L'éruption de la figure forme de petites vésicules noires de la grosseur de grains de sable sur le fond lie de vin ; leur nombre est de 8 à 10 par centimètre carré sur le front et les ailes du nez, 6 sur le dos, 4 sur la poitrine et les membres, point sur le ventre, les aines, le pubis, ni sur les fesses.

17. — La température 37°,4, le pouls plein, le malade a passé une nuit tranquille, il n'a point de délire et ne se plaint que de la gorge et de la bouche. En effet, il a sur les joues dans l'isthme du gosier et dans le pharynx les nombreux boutons également hémorragiques. Les vésicules de la figure, grosses comme du millet, au cou et aux membres s'ombiliquent, restent toujours noires, le liquide qu'ils contiennent est une sérosité sanguinolante, le derme dénudé est ecchymotique. Le malade est allé spontanément à la selle. Sauf les douleurs des muqueuses, il s'estime relativement heureux de ne pas souffrir. J'ai percé et cautérisé une demi-douzaine de boutons sur le bord palpébral et sur la conjonctive.

(1) Nos anciens pensaient que le principe varioleux couvait dans l'organisme et s'efforçaient de le chasser à la peau. Ils mettaient les bactéries dans les conditions les plus favorables de développement, soignaient la maladie et non le malade.

Avant même que la doctrine microbienne nous ait éclairé, cette pratique a été jugée et condamnée par les praticiens. Déjà Skodachra et Niemeyer recommandent le local largement aéré d'une température de 13 à 14 Reaumur (+ 16 à 18° Centigrade), les couvertures légeres, les lotions froides, les lavements froids, les compresses froides de solution de sublimé sur les yeux et la figure, etc., etc. Ma prescription du grog et punch chaud pourrait paraître rétrograde, et je me vois obligé de la justifier. Toutes mes précautions antibactériennes prises, je me suis cru obligé de soutenir et stimuler la vitalité de l'organisme qui restait en retard à produire l'éruption. Pareille conduite thérapeutique m'a réussi bien des fois dans la variole, quand les pustules bien remplies, s'affaissent subitement, ou quand, dans la fièvre typhoïde, la température elevée tombe rapidement au-dessous de la normale.

[illegible] — Les [illegible] sont devenues pustules ombiliquées ; sur le corps [illegible] comme des grains de chanvre, aux mains [illegible] figure elles sont moins grosses, [illegible] au lait sur le fond noir ; beaucoup, surtout sur les côtés du nez, se confondent sans intervalle ; la [illegible], les yeux fermés, larmoyants; le malade [illegible] et de douleur tensive à la figure. Je lui [illegible] quelques centaines de boutons. Sa température [illegible] montée à 38°2. Nous continuons encore le traitement sulfhydrique à 4 par jour. Contre la démangeaison et la douleur [illegible] je conseille de poudrer la figure et le corps avec la poudre de talc, qui est très absorbante et, en attirant le liquide des pustules à travers l'épiderme, amène l'affaissement et [illegible] la dessiccation. Outre que cette poudre est [illegible] d'un contact onctueux, elle empêche les pustules de coller après le linge. Elle forme une croûte aseptique sur les pustules [illegible] et n'irrite pas le derme (1).

Le [illegible]. — L'état satisfaisant, la température normale, les pustules cautérisées font croûte, les autres sont flasques, suppurées partout, celles des mains et des pieds sont encore douloureuses. Le malade désire se lever ; il mange.

Le [illegible]. — Le malade va aussi bien que possible. Grâce à la profusion de talc ses pustules s'affaissent et se dessèchent. La figure est désenflée, les yeux ne sont plus larmoyants. Le malade levé mange de bon appétit. Nous cessons le traitement sulfhydrique. Il a été donné 20 lavements, soit 2 grammes d'acide sulfhydrique. Les pustules de la figure n'ont pas dépassé la grosseur des grains de chanvre, celles des mains sont arrivées à la grandeur des boutons de chemise.

Le malade enfermé dans sa chambre, en grand secret, pour sauvegarder son commerce, a été transporté la nuit dans un coupé à sa maison de campagne où il avait les conditions hygiéniques plus favorables pour sa convalescence.

2[illegible]. — Les croûtes noires minces couvrent les pustules. Il s'est fait un peu de suppuration aux ailes du nez. Les croûtes sont sèches, et non fétides mais très adhérentes. Leur chute a commencé quinze jours après la dessiccation et n'a pas été complète au bout d'un mois, malgré les bains et fermentations. Elle a laissé très peu de cicatrices, mais les taches noires de la figure qui faisaient ressembler mon client à un mulâtre, ont persisté pendant deux ans au moins; même actuellement la [illegible] de sa figure est très prononcée.

Obs. V. — M. Léon Arral, 20 ans, instituteur, se sentant gravement malade, me fait appeler dans la nuit du 10 au 11 avril dernier. Sa température est en effet de 39°8, peau brulante, [illegible], insomnie, soif. Il se plaint d'une courbature générale mais surtout d'un mal aux reins. Il a saigné du nez et a eu plusieurs vomissements. Je prescrit un évacuant et l'aconit.

11 avril, *matin*. — La variole est facile à reconnaitre. Le rash rouge lie-de-vin occupait le tronc et les bras. A la figure [illegible] semis de boutons très petits. Température 3[illegible]°6. J'ordonne de suite les lavements sulfhydriques à 0 10 centigrammes toutes les deux heures, jour et nuit pendant les premières vingt-quatre heures.

12 avril, *matin*. — Le rash a disparu. A la figure, il y a en moyenne quatorze boutons par centimètre carré de la peau. [illegible] Je fais enduire la figure au moyen d'un pinceau avec la [illegible] suivante fondue au bain-marie.

[illegible]	} aa 0 gr. 50 centigr.
[illegible]	
[illegible]	1 gramme
[illegible]	10[illegible] —

Cette préparation a tous les avantages sur les emplâtres et pommades [illegible], et elle préserve plus efficacement de [illegible]. Nous continuons les lavements toutes les deux heures pendant la journée.

1[illegible]. — Température [illegible], les boutons, gros comme des grains de millet, sont déjà blancs. Le malade a eu un peu de fièvre, de suppuration pendant la nuit. Il prend des potages et mange un poisson.

15. — Température [illegible], sur le corps, des boutons gros comme des grains de chanvre ; à la figure ils se touchent mais ne se confondent pas, les plus petits sèchent. Je supprime l'acide sulfhydrique et le sublimé. Je fais poudrer avec le talc. Le malade mange de bon appétit, dort bien, et va régulièrement à la selle.

18. — Le malade est levé, les boutons sont secs pour la plupart, il est guéri complètement.

21. — Le convalescent va tout à fait bien. Le corps est couvert de petites croûtes, sur la poitrine deux par centimètre carré, sur le dos et les membres elles sont plus discrètes. Celles de la figure et du cuir chevelu sont en train de se détacher.

IV. — En résumé, après les prodromes plus ou moins sérieux, quand on commence le traitement sulfhydrique, il influe immédiatement sur la marche de la maladie. L'éruption, déjà commencée, va bien plus vite dans son évolution et elle est restreinte dans son développement. Les pustules n'arrivent pas à la moitié de leur grosseur normale et évoluent dans la moitié du temps normal. Les pustules non encore produites ne se produisent pas : c'est pourquoi le ventre, les aines et les fesses, les derniers atteints normalement, restent sans éruption quand le malade est traité par l'acide sulfhydrique ; l'effet que j'attribuais hypothétiquement à la propagation d'acide sulfhydrique de proche en proche. Dans la variole traitée par l'hygiène et expectation, le développement complet et la supuration des pustules arrive le sixième jour de l'éruption. La dessiccation commence le douzième jour et elle est complète le vingtième ou le vingt-cinquième jour. Dans la variole traitée par la sulfhydrothérapie le développement complet et la suppuration arrivent le troisième ou le quatrième jour. La dessiccation commence le cinquième ou le sixième jour et la chute des croûtes le huitième ou le dixième jour. Il y a encore des différences notables selon l'intensité du traitement. Dans les observations I et II les malades traités à 3 doses journalières de 10 centigrammes, pendant 4 jours, ont été guéris en 9 ou 10 jours. Dans l'observation IV une variole des plus graves traitée par 4 lavements par jour, en moyenne pendant 5 jours, a été guérie au bout de 8 jours.

Dans l'observation V une variole très confluente, traitée par 10 doses par jour pendant 2 jours, a guéri en 6 jours. Dans l'observation III un enfant de 3 ans, traité en 42 heures par 6 lavements de 10 centigrammes, ce qui à son âge représente 18 doses, a été guéri en 5 jours sans éruption. C'est-à-dire que la même dose, proportionnellement à l'âge, guérit d'autant plus vite qu'elle est administrée dans l'espace de temps le plus restreint. On me reprochera sans doute que [illegible] les observations de la varioloïde ; je répondrai à ceci qu'il est absolument [illegible] que le traitement sulfhydrique [illegible] la variole comme une varioloïde. Varioloïdes, à la fin, ont été varioles légitimes au début quelques [illegible] graves. Mes raisons sont les suivantes : les varioles discrètes peuvent être précédées de rash : mais à ma connaissance le rash ne précède pas la varioloïde. Il y a les varioloïdes avec les pustules [illegible] mais [illegible] à [illegible] par centimètre carré ne [illegible] pas dans cette maladie. Dans la varioloïde la [illegible] se fait sans suppuration, dans la variole traitée [illegible] que toutes les pustules arrivent à la [illegible] complète. Je n'ai nulle part rencontré la description de varioloïde noire.

Ma dernière raison est ; qu'il n'y a point de [illegible] et bonne série [illegible] qui [illegible] chez le [illegible] médecin 10 à 50 varioloïdes, pendant que ses confrères [illegible] sont envahis de varioles graves. J'ai rencontré [illegible] les varioloïdes, mais je ne les ai pas traitées par l'acide sulfhydrique, ou, si cette erreur m'est arrivée je ne les ai pas comptées dans le nombre des varioles. Une cinquantaine de varioles traitées par l'acide sulfhydrique [illegible] donné qu'un insuccès, et encore le malade qui en était la victime a été négligé au début, et ce n'est que le

(1) [illegible] boutons, j'ai l'habitude [illegible] faire verser dans [illegible] de poudre de talc.

cinquième jour de l'éruption, quand la variole était compliquée d'une pneumonie, que j'ai tenté le traitement sulfhydrique.

Une difficulté que j'espère avant peu résoudre, est de trouver le moyen d'administrer saas appareil l'acide sulfurique. Au moyen de pilules contenant un sulfure et un acide organique en quantité voulue, on pourra arriver à produire l'acide sulfurique. Les deux substances seront séparées et noyées dans un corps gras concret; de sorte qu'elles traverseront l'estomac sans altération. C'est seulement dans l'intestin, sous l action d de la bile et du suc pancréatique, que mises en contact elles produiront l'acide sulfhydrique. La variole comme les autres infections générales : fièvres typhoïdes, érysipèle, influenza, etc, bénéficieront singulièrement de cette innovation.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'Epuration bactérienne des Eaux d'égout.

Résumé du rapport de mission en Angleterre (novembre 1.00), de M. F. LAUNAY, ingénieur en chef de l'assainissement de la ville de Paris.

Dans l'état actuel, le procédé bactérien qui nous paraît le mieux satisfaire aux conditions d'une bonne épuration, est celui du traitement par le réservoir septique suivi du traitement pour un double lit de contact; il paraît, d'ailleurs, nécessaire de procéder à un dégrossissage préalable des eaux d'égout afin de les débarrasser des matières minérales en suspension, comme le sable, qui résisteraient aux fermentations bactériennes et encombreraient les filtres et les réservoirs.

Le réservoir septique peut être fermé ou découvert; la valeur des deux systèmes est égale au point de vue du traitement; le premier a contre lui la cherté du prix de la couverture, qui ne compense pas la valeur des gaz que l'on peut alors recueillir; mais il évite, à coup sûr, les odeurs que dégage probablement la putréfaction anaérobique. Sa capacité doit correspondre généralement au volume journalier (vingt-quatre heures) des eaux d'égout à traiter; l'arrivée et le départ des eaux dans le réservoir doivent, autant que possible, se faire à égale distance du fond et de la surface du bassin.

Quant à la meilleure disposition à adopter pour les lits de contact, on trouvera des renseignements très complets à ce sujet dans les instructions toutes récentes du *Local Government Board*, que nous reproduisons à la suite de notre rapport, et où presque toutes les combinaisons actuellement connues sont prévues.

L'épaisseur ou la profondeur à donner aux matériaux des filtres à gros grains est d'environ 1 mètre, et pour les filtres à grains fins (deuxièmes lits) d'environ 0 m. 75.

Les meilleurs matériaux pour la composition des filtres paraissent être le coke et le mâchefer concassés, à cause de leur porosité propre.

La periodicité à adopter pour le fonctionnement des lits de contact paraît être la suivante : remplissage en une heure ou deux heures; le filtre reste plein deux heures; vidange en une heure ou deux heures; le filtre reste vide de trois à quatre heures. Cette opération peut être renouvelée trois fois en vingt-quatre heures.

Le fond des lits doit être convenablement drainé et la distribution de l'eau à la surface des lits doit se faire aussi simplement que possible. Il est bon d'adopter des dispositifs de manœuvre automatique pour l'ouverture et la fermeture des vannes d'admission et de vidange, afin de diminuer les frais de main-d'œuvre et de personnel.

Enfin, il est nécessaire de controler d une manière continue le fonctionnement des filtres et la qualité des eaux épurées. Les traitements bactériens exigent une habile surveillance de l'autorité; il ne faut pas considérer un système bactérien comme fonctionnant, pour ainsi dire, automatiquement. Les résultats doivent être *controlés* constamment par des analyses chimiques et bactériologiques.

Pour fixer les idées, nous indiquons ci-dessous comment on peut estimer la surface nécessaire au traitement de 100,000 mètres cubes d eau d'égout, par exemple, par jour.

A supposer une profondeur de trois mètres aux réservoirs septiques, il faudra une surface d'environ 3 hectares 33, puisque la capacité du réservoir doit être égale à peu près à la production journalière des égouts.

Quant aux lits de premier contact, leur profondeur moyenne étant de un mètre, leur capacité liquide étant environ de un tiers de la capacité géométrique et le remplissage ayant lieu trois fois par vingt-quatre heures, ils devront occuper une superficie d'environ 10 hectares.

Les lits de second contact (profondeur : 0 m. 75) occuperont à peu près un tiers au plus, soit 13 hectares.

La superficie totalo est donc de 26 hectares.

Réservoir septique.	3	hectares.
Premiers lits à gros grains. . . .	10	—
Deuxièmes lits à grains fins . . .	13	—
	26	hectares.

Cette surface, extrêmement réduite, doit être comparée, par exemple, à cello qui est nécessaire dans le système parisien de l'épuration par le sol.

$$\frac{100.000 \text{ m}^3 \times 365 \text{ j.}}{40.000 \text{ m.}^3} = 900 \text{ hectares.}$$

Cette dernière surface est trente-cinq fois plus grande que celle que nécessitent les traitements bactériens.

Conclusions — De toutes les expériences faites en Angleterre, il résulte que les eaux épurées convenablement par les procédés bactériens ne contiennent plus de matière organique; mais elles contiennent un assez grand nombro de bactéries. Il est vrai que celles-ci ne sont pas plus abondantes dans les eaux effluentes que dans l'eau de Seine, par exemple, prise en amont de Paris.

On pourrait donc impunément rejeter ces eaux épurées dans les rivières à moins qu'on ne préfère diminuer le nombre des germes par uno irrigation subséquente sur le sol.

C'est ainsi qu'actuellement les instructions du *Local Government Board* prévoient l'obligation, pour les villes qui ont recours aux procédés bactériens, de faire subir à l'effluent une dernière épuration par le sol; mais, en fait, dans la plupart des cas, les villes déversent directement l'effluent dans les rivières sans aucun inconvénient et en attendant que cette faculté soit officiellement accordée par le gouvernement.

On trouvera en annexe, à la fin du rapport, les instructions rédigées à ce sujet par le *Local Government Board* et qui datent d'octobre dernier, le nota qui les précède montre bien que nous sommes, en cetto matière, en pleine période d'évolution, puisqu'il en souligne le caractère provisoire.

Il paraît probable que, les eaux effluentes des lits bactériens étant fortement nitratées, il n'y existe pas de bactéries pathogènes, car plus l'aération et la nitrification sont complètes, plus il y a de probabilité que les bactéries pathogènes soient détruites.

Nous en avons dit assez, nous l'espérons du moins, pour pénétrer le lecteur de l'importance des nouveaux procédés d'épuration mis en pratique en Angleterre et qui révolutionnent complètement l'épuration chimique si en faveur dans ce pays.

Nous avons intérêt aussi, en France à étudier la question de très près, car les procédés bactériens pourraient trouver leur application dans un grand nombre de cas où faute de terrains appropriés, il est impossible de recourir à l'épuration par le sol.

Ce n'est pas à dire qu'à Paris il y ait lieu de modifier ce qui a été fait, l'épuration par le sol conservant son incontestable supériorité; mais les procedés nouveaux nous semblent appelés, néanmoins, à y jouer un role important et, à ce titre, ils méritent de retenir notre attention et de provoquer nos études. Nous entrevoyons que l'épuration bactérienne pourrait, à divers points de vue, devenir l'auxiliaire indispensable et le régulateur de l'épandage.

Dans la situation actuelle, en effet, les besoins de la culture, comme irrigation, variant avec les saisons, il arrive qu'à cer-

tains moments la culture est gênée pour absorber le débit des égouts et que, dans une certaine mesure, la culture est subordonnée aux nécessités de l'épuration.

La création de lits bactériologiques permettrait, à certaines époques, d'épurer le trop-plein des champs d'irrigation sans jamais compromettre les récoltes ; ce serait un excellent régulateur pour la culture.

D'un autre côté, la consommation d'eau de Paris allant sans cesse en augmentant, et le département de la Seine devant également épurer ses eaux d'égout, il faut songer à augmenter la surface des champs d'épandage ; et, sans compter les difficultés que rencontre la Ville chaque fois qu'elle crée de nouveaux champs d'irrigation à l'eau d'égout, il est certain que plus les eaux d'égout s'éloignent de Paris, plus elles subissent dans les émissaires la fermentation anaérobie et plus elles sont nauséabondes.

La transformation préalable des eaux par les traitements bactériens faisant disparaître tous les éléments putrescibles, remédierait à cet inconvénient grave, et permettrait donc de transporter ensuite les eaux claires et épurées au loin, où la culture pourrait encore les utiliser, en supprimant les mauvaises odeurs, cause de la lutte constante et prolongée entre la culture, qui veut utiliser les eaux d'égout, et la villégiature qui, ne les utilisant pas, en redoute les odeurs.

De toutes façons, grâce aux lits bactériens, on aurait la faculté ou de limiter l'extension des champs d'épandage ou d'en créer de nouveaux, sans rencontrer les difficultés d'emploi des eaux brutes auxquelles la Ville s'est heurtée jusqu'ici en Seine-et-Oise.

En d'autres termes, la création des lits bactériens permettrait de faire fonctionner l'épuration par le sol dans les meilleures conditions pour la culture qui ne serait plus son humble esclave, et cela serait de nature à supprimer, pour l'avenir, toutes les difficultés que suscitent à la Ville soit l'exploitation des champs d'épandage actuels, soit la création des nouveaux.

En résumé, nous sommes convaincu que les nouveaux procédés que nous avons décrits sont appelés à rendre de réels services dans notre pays, et à Paris, notamment. Le Conseil municipal a bien voulu, sur notre demande, nous accorder un crédit de 25.000 francs pour les études et la création d'un laboratoire ; il importe, en effet, de savoir comment les procédés nouveaux pourront être adaptés aux eaux d'égout parisiennes, différentes par leur nature de servage des villes anglaises, plus diluées, moins riches en matière organique soluble, contenant plus de matières inertes, comme les boues de rue et le sable ; et il convient aussi de compléter par des recherches bactériologiques les analyses anglaises qui ont été poursuivies surtout au point de vue chimique.

Il y a là, comme on le voit, un vaste champ d'études à explorer tout en continuant à se tenir au courant des résultats obtenus en Angleterre.

C'est ce que nous ferons avec ardeur, et l'intime conviction que l'adoption de ces nouvelles méthodes marquera une date mémorable dans l'histoire de l'assainissement des villes et de la science de l'hygiène. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, du 20 mars 1901.)

ECOLE D'ANTHROPOLOGIE. — *Excursion* sous la direction de M. A. de MORTILLET, professeur, le dimanche 12 mai 1901. — Départ de Paris, à 7 h. 30 du matin, pour Vallangoujard. — Menouville. Dolmen. — Arronville. Dolmen avec trou d'entrée. Déjeuner à Amblainville. — Presles. Dolmen de la Pierre-Turquoise. — Dîner à Presles. — Retour à Paris à 10 h. 45 du soir. — (Rendez-vous à la gare du Nord devant le guichet de la ligne de Beaumont par Valmondois, à 7 heures du matin.) — *Nota*. Les personnes qui désireraient prendre part à cette excursion sont priées d'en aviser d'avance M. A. de Mortillet, 10 *bis*, avenue Reille, à Paris XIVe).

ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — Le Dr HAMON DU FOUGERAY a recommencé, le jeudi 25 avril, son cours libre autorisé à la Faculté de Rennes. Il traitera : *Des relations qui existent entre la psychologie et les sciences naturelles et médicales. Psycho-physiologie anormale (définition. considérations générales). Le sourd-muet (psycho-physiologie, pédagogie, assistance, législation).*

CORRESPONDANCE

Les dispensaires antituberculeux.

A Monsieur le Rédacteur en Chef du Progrès Médical, *14, rue des Carmes, Paris.*

Le 23 avril 1901.

Monsieur et très honoré Confrère,

Ce matin seulement, je reçois le *Progrès Médical* qui m'a été renvoyé de Royat ici, où je suis provisoirement. Je suis très étonné d'y voir une lettre injurieuse à mon égard, et non justifiée. Il est vrai que le secrétaire général de la Société de Médecine de Paris a répondu à ces insinuations déplacées, mais j'ai le droit et le devoir d'y répondre directement. Je ne veux pas abuser de la situation et vous imposer une longue suite de récriminations, je veux simplement démontrer de quel côté se distille le *venin*. Un ancêtre, Bacher, écrivant en l'an XI, s'écriait : « Dieu merci, il n'y aura plus en France de corporation qui ose crier à l'insulte, parce qu'on aurait démontré qu'elle a méconnu le bon sens. » Je suis navré de constater, qu'un siècle plus tard, il y a encore des médecins qui manifestent de la haine contre ceux qui ne pensent pas comme eux.

Les lecteurs impartiaux ont résolu la question de jugement posée par l'Œuvre de la Tuberculose humaine et ses promoteurs. Je n'ai jamais prononcé, ni le nom du Dr Bernheim, ni celui de leur œuvre ou de toute autre similaire, et leur colère pourrait bien faire surgir le dicton populaire que tout le monde a sur les lèvres. Les termes de cette lettre sont inexprimables ; je me garderai bien de suivre sur le même terrain, j'ai souci de ma dignité. Dans le corps de cette diatribe injurieuse, on s'est bien gardé de rapporter la première partie de l'argumentation où je démontre brièvement l'inutilité des *dispensaires antituberculeux*, et non des sanatoriums, suivant le titre de la lettre incriminée ; on veut jouir de l'équivoque. S'il y a des attaques contre certaines œuvres bien définies, c'est dans l'élucubration de mes insulteurs, et je leur en laisse la responsabilité.

Mon argumentation avait d'autant plus de valeur que, forcé par la maladie d'exercer ma profession dans des conditions moins fatigantes, je n'ai pas à souffrir de cette innovation. J'ai entrepris, dans mon journal l'*Evolution Médicale*, que vous connaissez, une campagne contre les abus, et avant ma déclaration à la Société de Médecine de Paris, il avait paru dans ses colonnes une lettre contre le dispensaire de Lille. L'affaire parisienne est donc bien mal fondée à se croire personnellement attaquée. Je n'ai jamais combattu que le *principe*. La Société de Médecine de Paris l'a bien compris, elle n'aurait pas supporté une attaque intéressée ou personnelle.

Si certains journaux politiques (je suis encore à ignorer lesquels) ont reproduit ma prose, d'après votre journal, je n'y suis pour rien (malgré les insinuations cauteleuses de gens habitués à ce genre d'exercice), car la *rédaction de l'Evolution Médicale* s'attache surtout à combattre les mauvais effets de l'ingérence de la presse politique en matière médicale.

Ceci est ma seule et unique réponse, et je regrette d'être obligé d'infliger une telle polémique à vos lecteurs, au sujet de questions personnelles qui les intéressent peu. Si la lettre n'avait été si loin, je me serais contenté de la mépriser ; mais son côté ambulatoire me force à répondre, et je compte sur votre impartialité pour l'insertion qui doit clore l'incident de ma part.

Recevez, Monsieur et très honoré Confrère, l'assurance de mes sentiments les plus courtois.

Dr H. GRASSET.

A LA MÉMOIRE DU CHIMISTE DUMAS. — L'hôtel portant le n° 3 de la rue Saint-Dominique et qu'habitent le commandant et Mme J.-B. Dumas, née de Tournemine de la Grange, vient de recevoir une plaque commémorative portant l'inscription suivante : « Dans cette maison habita J.-B. Dumas, chimiste, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, membre de l'Académie française, né à Alais le 16 juillet 1800, mort à Cannes le 11 avril 1884. » (Le *Soleil* du 17 mars 1901).

BIBLIOGRAPHIE

Analyse biologique des eaux potables; par le Dr Gasser, directeur du bureau municipal d'hygiène d'Oran. (1 vol. de 183 p.. Encycl. Léauté, chez Masson et Gauthiers-Villars).

De la lecture de cet aide-mémoire se dégage une importante vérité, confirmée d'ailleurs par de récents débats publics sur les eaux de Paris : c'est qu'il ne faut pas tirer de l'analyse microbiologique d'une eau des conclusions rigoureuses. Il y a de trop nombreuses causes d'erreurs, relatives, au moment de l'analyse, à la distance et au transport de l'eau à analyser, à la température, aux récipients, etc. Dans des expériences de Miquel, de l'eau de la Vanne, donnant 56 bactéries par centimètre cube à la bâche d'arrivée (T. 17°), en contenait 32.140 après [illegible] heures de repos (T. 21°,3), c'est-à-dire que la richesse microbienne d'une eau s'accroît rapidement par le repos, alors même que la température se maintient relativement bonne. La numération des germes s'obtient par divers procédés; l'important est d'opérer toujours de même, en vue de résultats comparables entre eux, et en relevant aussi ce fait, c'est qu'il est bien difficile d'obtenir des bouillons de cultures identiques à eux-mêmes.

Passons à l'analyse qualitative (2e partie, p. 55). Dans l'état actuel des choses, « il est impossible d'étudier à fond chacune des colonies développées sur les plaques », et il faut dans la pratique limiter les recherches. Ainsi, par exemple, une eau suspecte de germe typhique contient le bacille d'Eberth et le coli-bacille, or, la recherche du premier est difficile et parfois illusoire, suit une longue étude (chapitre III pour essayer de différencier ces deux bacilles l'un de l'autre.

En [illegible] de ces points que nous avons tenu à mettre plus particulièrement en relief, le petit livre de M. Gasser est rempli de détails, de technique pure, dont profiteront spécialement les bactériologistes. P. CORNET.

Appendicitis and its surgical treatement; par Hermann MYNTER, 2e édition revisée. — J.-B. Lippincott company. (Londres, 36, Southampton Street, Covent Garden.)

Les Américains n'ont pas été seulement les premiers à pratiquer et à préconiser le traitement chirurgical de l'appendicite, ils ont écrit sur cette affection plusieurs monographies d'une valeur au moins égale à celles qui encombrent le reste du monde médical. Herman Mynter, dans son Traité, émet des opinions personnelles qui reposent sur une expérience de 185 opérations, mais il n'oublie pas que l'appendicite est encore l'objet de discussions nombreuses, surtout en ce qui regarde l'intervention chirurgicale. Aussi, avec et même avant les siennes, prend-il soin d'exposer, de discuter, d'adopter ou rejeter les opinions des autres. Certains points sont plus spécialement étudiés par l'auteur.

A son avis, les différentes étapes de l'appendicite sont les suivantes : 1) appendicite catarrhale; 2) perte de l'épithelium, avec hypertrophie de la couche sous-muqueuse, formation de tissu granuleux et sténose du conduit; 3) striture; 4) stagnation, dilatation, concrétion, hydropisie et ulcération; 5) infection microbienne, empyème, gangrène, perforation, abcès ou péritonite.

[illegible] sont [illegible] dans la pathogénie [illegible] à la stagnation et l'ulcération; vient ensuite d'ordinaire l'infection [illegible] l'infection peut survenir [illegible] ture [illegible] comme une lymphangite septique. Cela ne veut [illegible] que dans les cas d'appendicite [illegible] infectieux. L'obstruction [illegible] mécanique peut exister et l'auteur ne considère pas les rétrécissements avec dilatation, coprolites, [illegible] et ulcération ou les autres formes oblitérantes comme étant nécessairement infectieuses, bien que des microbes, à un certain moment, puissent avoir joué un rôle au cours de leur formation. Que l'infection se surajoute et on obtient alors les formes gangreneuses, perforantes et septiques. Il est évident que tout cas dans lequel on trouve du pus est infectieux, mais il existe de nombreuses appendicites dans lesquelles il n'y a pas de pus.

Parmi les symptômes, certains sont plus spécialement étudiés. Le *pouls* aurait, dit Mynter, plus d'importance que la température. Un pouls bien plus rapide que la température ne le laisserait espérer, dénote l'existence d'une perforation et d'une péritonite septique. Si le pouls tend à s'élever audessus de 110 ou 118 pulsations, à plus forte raison s'il atteint 120 ou davantage, il faut opérer sans retard. Si un tel état du pouls coïncide avec une température basse, l'opération est encore plus urgente.

La *leucocytose* est toujours présente quand il y a formation de pus; son existence a été démontrée dans des cas très récents avant l'apparition de tout autre symptôme de suppuration. Dans les cas douteux d'appendicite, la leucocytose a une valeur diagnostique. Elle n'existe pas dans la fièvre typhoïde.

La *palpation de l'appendice*, par la méthode d'Edebohls, est préconisée par l'auteur. L'appendice normal [illegible] sur le plan résistant formé par le psoas, recouvert par le fascia iliaque donne la sensation d'une bande mince et plate qui s'échappe en glissant sous les doigts sans provoquer [illegible] douleur. L'appendice semble dur, rond, résistant, plus ou moins mobile, douloureux à la pression quand il est à l'état d'inflammation chronique.

Au point de vue du traitement, Mynter considère l'appendicite comme une maladie exclusivement chirurgicale. Il croit avec Mac Burney « qu'aucun traitement médical n'a jusqu'à ce jour été présenté qui puisse prévenir ou arrêter [illegible] tion ». Tout cas aigu avec les symptômes principaux [illegible] douleur, vomissements, raideur, élévation de la [illegible] et du nombre des pulsations, particulièrement s'il n'y a aucune tendance à la regression, au bout de [illegible] heures, est mûr pour l'opération. Si le pouls continue à augmenter de fréquence, atteint 115 ou 120 pulsations et [illegible] ce nombre ou le dépasse, il faut intervenir immédiatement. Si cependant, les symptômes commencent à s'atténuer après vingt-quatre heures, il vaut mieux différer l'opération jusqu'à une période de tranquillité, après la première attaque si les symptômes sont graves, après la seconde attaque s'ils sont légers et s'il existe de la sensibilité et du gonflement de l'appendice appréciable par la palpation suivant la méthode d'Edebohls. L'opération, dans ce dernier cas n'est pas [illegible] sans que la palpation ait révélé un état pathologique de l'appendice. [illegible]

MÉDECINE PRATIQUE

Les propriétés thérapeutiques de l'Hélénine

Le Dr de Korab a exposé dès 1882, à la Société de [illegible], les propriétés de l'Hélénine, principe actif de l'Aunée (*Inula Helenium*), synanthérée que Pline, Dioscorides [illegible] avaient déjà rendue célèbre.

M. de Korab a complété ses recherches [illegible] l'Académie des Sciences (4 sept. 1882) et [illegible] cation au Congrès de Thérapeutique de [illegible] démontre qu'au point de vue physiologique, [illegible] modérateur des réflexes et de la nutrition [illegible] eupeptique, un modificateur puissant du tissu [illegible] du système [illegible] en général. Des recherches [illegible] cen[illegible]es ont établi son action antibacillaire et [illegible] cicatrisante. L'emploi des globules, du sirop [illegible] base d'hélénine de Korab ont vérifié en clinique [illegible] précieuses de la physiologie. Les globules du Dr de Korab calment la toux même lorsqu'elle [illegible] quinteuse rebelle. Ils modifient et tarissent l'expectoration (asthme, emphysème, bronchites [illegible], [illegible] les bronchites des tuberculeux. L'hélénine de Korab a [illegible] la précieuse propriété pour ces derniers malades [illegible] l'appétit et de faciliter la digestion. [illegible] démontré la valeur de l'hélénine dans les leucorrhées. [illegible] ministration de l'hélénine de Korab [illegible] supprimant la leucorrhée et [illegible] tives, est donc très indiquée dans le traitement de [illegible] anémie. On peut donc conclure que l'hélénine de Korab, [illegible] avec le plus grand soin du camphre ou [illegible] un agent thérapeutique de premier ordre, capable de rendre les plus grands services aux praticiens.

VARIA

—

La question des infirmières dans les hopitaux à la Ligue du Droit des Femmes.

A la Ligue du Droit des femmes on s'est, dans la séance du mardi 7 mai, occupé de la question des infirmières des hôpitaux.

M[me] ANDRÉE TÉRY a présenté, sur ce sujet, un remarquable rapport indiquant avec netteté (ce qu'on ne saurait trop répéter aux profanes) que les sœurs ont été remplacées par les surveillantes, mais que les infirmières ont toujours été laïques et mal rétribuées. Elle insiste sur la nécessité, pour avoir un personnel à la hauteur de sa tâche, de leur donner : 1° une chambre personnelle, propre, saine, décente ; 2° une pièce de réunion où les infirmiers puissent se réunir, lire et causer, au lieu d'avoir comme seul lieu de délassement le cabaret ; où les infirmières puissent également se reposer et se distraire sainement et honorablement ; 3° un réfectoire convenable, bien aéré, où leur soit donnée une nourriture appétissante, tenue au chaud pour celles que leurs devoirs professionnels attardent ; un temps suffisant pour ces repas ; 4° la liberté absolue dès que leur temps de service est accompli.

Une surveillante, déléguée du syndicat des infirmières, après s'être associée aux vœux de M[me] Téry, demande, au nom du syndicat, que le personnel hospitalier soit considéré comme tous les autres ouvriers et employés d'administration ; reçoive intégralement ses appointements sans prélèvement pour l'alimentation, le logement, l'habillement ; soit libre, une fois son service terminé, de se nourrir et de se loger à sa guise.

M. le D[r] Félix REGNAULT, en son nom et en celui de M. le D[r] Hamilton qui a écrit une thèse sur les infirmières, proteste contre l'enseignement trop théorique donné aux infirmières des hôpitaux, aux ambulancières des diverses sociétés. Cet enseignement, qu'il voudrait calqué sur celui de l'étranger, devrait être uniquement pratiqué et donné par des infirmières, non par des médecins.

M[me] le D[r] EDWARDS PILLIET rappelle que l'enseignement dans les hôpitaux est doublement *théorique* et donné par des médecins, qui sont assez instruits pour être simples et se mettre à la portée de leur personnel, ce qui est attesté par les compositions des élèves ; *pratique* et donné dans chaque école par des surveillantes soigneusement choisies. Elle ne nie pas que l'on pourrait développer cet enseignement pratique, mais les infirmiers et infirmières des hôpitaux sont en même temps stagiaires dans leurs services respectifs. Il y aurait en effet lieu, pour les infirmières libres, de suivre des cours de pansements, à la contre-visite, pendant un temps qui serait fixé par le Comité d'enseignement. L'ordre du jour approuvant les les vœux de M[me] Téry, et chargeant la présidente, M[me] Maria P[illegible]rnon, d'en poursuivre l'exécution, a été voté à l'unanimité.

La plupart des critiques formulées ne semblent pas indiquer une connaissance exacte des faits : nous y reviendrons.

Les épidémies.

La peste. — Les dépeches suivantes, émanant de l'*Exchange Telegraph*, donnent une idée des difficultés que rencontrent les Anglais aux Indes pour enrayer l'épidémie de peste ;

Lahore, 4 mai. — Une vive agitation continue à régner dans plusieurs districts, par suite de la peste. Vingt villages du district de Sialkot ont conclu entre eux une sorte d'alliance et ont décidé de résister par la force si nécessaire, à toutes les mesures sanitaires arrêtées à l'occasion de la peste. Deux cents fantassins et cent cavaliers indigènes ont du être envoyés sur les lieux pour rétablir l'ordre. La situation s'aggrave de plus en plus. On s'attend à une attaque ici, et les autorités civiles ont télégraphié pour demander des renforts. On attribue le soulèvement à la maladresse des fonctionnaires indigènes chargés d'appliquer les mesures contre la peste. Au Transwaal la peste continue ses ravages, causant la mort de la moitié des personnes qu'elle atteint.

Constantinople, 4 mai. — Un cas de peste a été officiellement constaté. Le malade, qui habite le quartier de Galata, ainsi que toutes les personnes qui ont été en contact avec lui, ont été transportées au lazaret de Cuvak, à l'entrée de la Mer Noire. La fabrique de macaroni où travaillait le malade et sa maison d habitation ont été désinfectées, puis fermées. On a détruit les marchandises de la fabrique. Le conseil sanitaire, qui s'est réuni, a décidé de soumettre à une visite médicale tous les voyageurs quittant Constantinople par mer ou par terre. (*La Nouvelle Presse*, du 6 mai 1901.)

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 13. — 2[e] *de Doctoral* (1[re] *partie*) Oral. : MM. Retterer, Gley, Heim. — 3[e] *de Doctoral* (1[re] *partie*). Oral. N. R : MM. Second, Rémy, Varnier. — A. R. : MM. Tuffier, Reynier, Lepage. — (2[e] *partie*). N. R : MM. Brissaud, Gaucher, Gilles de la Tourette. — 5[e] *de Doctorat*. Chirurgie. (1[re] *partie*). (1[e] *série*) : MM. Kirmisson, Walter, Mauclaire. — (2[e] *série*) : MM. Delens, Reclus, Delbet. — A. R. : MM. Fournier, Teissier, Méry.

MARDI 14. — 2[e] *de Doctorat* : MM. Rémy, Weiss, Broca (André). — 3[e] *de Doctorat* (1[re] *partie*). Oral. N. R. : MM. Campenon, Wallich, Faure. — A. R. : MM. Bouilly, Ricard, Albarran. — (2[e] *partie*) Oral. N. R. (1[re] *série*) : MM. Cornil, Debove, Achard. — (2[e] *série*) : MM. Raymond, Huttinel, Gilbert. — 5[e] *de Doctorat* (1[re] *partie*). Chirurgie : MM. Schwartz, Brun, Thiéry. — (2[e] *partie*). (1[re] *série*) : MM Jaccoud, Charrin, Thoinot. — (2[e] *série*) : MM. Joffroy, Roger, Thiroloix. — (1[re] *partie*). Obstetrique : MM. Maygrier, Bar, Bonnaire.

MERCREDI 15. — 2[e] *de Doctorat* (2[e] *partie*) A. R. : MM. Reynier, Heim, Desgrez. — 3[e] *de Doctorat* (1[re] *partie*) Oral. N. R. : MM. Rémy, Walther, Lepage. — 4[e] *de Doctorat* N. R. : MM. Landouzy, Wurtz, André. — 5[e] *de Doctorat*. Chirurgie. (1[re] *partie*). (1[re] *série*) : MM. Kirmisson, Lejars, Delbet. — (2[e] *série*) : MM. Delens, Jalaguier, Poirier.

VENDREDI 17. — 2[e] *de Doctorat* : MM. Gley, Retterer André. — 3[e] *de Doctorat* (2[e] *partie*). Oral. N. R. : MM. Grancher, Landouzy, Méry. — 4[e] *de Doctorat*. A. R. : MM. Hanriot, Wurtz. Thoinot. — 5[e] *de Doctorat*. Chirurgie. (1[re] *partie*). (1[re] *série*) : MM Jalaguier, Delbet, Mauclaire. — (2[e] *série*) : MM. Segond. Reynier, Lejars. — (2[e] *partie*) N. R. : MM. Hayem, Widal, Tessier. (1[re] *partie*). Obstetrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 18. — 3[e] *de Doctorat* (2[e] *partie*). Oral. N. R. : MM. Joffroy, Chantemesse, Gilbert. — 5[e] *de Doctorat*. (2[e] *partie*) (1[re] *série*) : MM. Cornil, Achard, Thiroloix. — (2[e] *série*) : MM. Hutinel. Ménétrier, Dupré. — (1[re] *partie*). Chirurgie : MM. Richelot. Quenu, Brun. — (2[e] *partie*) : MM. Debove, Troisier, Widal. — (1[re] *partie*) : Obstétrique. : MM. Maygrier, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MARDI. — M. Lambert. Du traitement des cancers. — M. Lacroix. Contribution a l'étude des manifestations osseuses de la fièvre typhoïde. — M. Mazarakis. Le rôle des rats dans la propagation de la peste. — M. Riallard. Contribution a l'étude du traitement médical de l'épilepsie. — M. Naulet. Contribution à l'étude du traitement des déviations de la colonne vertebrale par la gymnastique raisonnée. — M. Benoist. Contribution à [illegible] l'hystérectomie pour traiter l'infection puerpérale [illegible] m[illegible] prédominantes. — M. O[illegible] l'uterus. — M. Junqua. Contribution a l'étude du traitement [illegible] de la perforation [illegible] dans la [illegible]

MERCREDI. — M. Leculier. Considérations à propos de syphilis. — M. Page. De la cautérisation intra-utérine par l'acide nitrique dans les endo-métrites chroniques. — M. Huch[illegible]. Contribution a l'étude des atrésies vaginales et de leur [illegible] avec la grossesse. — M. R[illegible]. Luxations congénitales de la rotule. — M[me] Tarank[illegible]. Du traitement [illegible] adultes. — M. Chancellay. Contribution à l'étude de [illegible] polynévrit[illegible]. — M. Petit. Glycosurie dyspeptique [illegible] digestifs dans le diabète. — M. Colle. Quelques [illegible] niques sur le poids et la tension artérielle dans la [illegible] — M. Debret. La sélection naturelle dans l'espèce humaine. Contribution à l'étude de l'hérédité convergente.

Enseignement médical libre.

Enseignement de la médecine légale psychiatrique. — MM. les docteurs en médecine [illegible] étudiants [illegible] se la[illegible] de leur carte, à assister à la visite du médecin [illegible] merie spéciale du Dépot M. le D[r] Paul G[illegible] et le vendredi, de 1 h. 1/2 à 3 heures, quai de l'Horloge [illegible] trois mois d'assiduité à cette clinique, un certificat [illegible] *médico légal psychiatrique* sera délivré par la Faculté de Médecine.

FORMULES

XXXI. — Contre l'angine de poitrine.

Solution alcoolique de trinitrine au centième, XV gouttes.
Sirop de fleurs d'orangers. . . . 20 grammes.
Eau chloroformée saturée . . . . 50 —
Eau distillée de tilleul . . . . . 50 —
Une cuillerée à soupe toutes les deux heures. (Kalb.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 28 avril au samedi 4 mai 1901, les naissances ont été au nombre de 1.064 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 378, illégitimes, 155. Total, 533. — *Sexe féminin* : légitimes, 389, illégitimes, 142. Total, 531.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 28 avril au samedi 4 mai 1901, les décès ont été au nombre de 1076, savoir : 628 hommes et 448 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 2, F. 5, T. 7. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 2, F. 3, T. 5 — Rougeole : M. 8, F. 9, T. 17. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 4, F. 6, T. 10. — Diphtérie et Croup : M. 12, F. 3, T. 15. — Grippe: M. 5, F. 2, T. 7. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0, — Autres maladies épidémiques : M. 3, F, 1, T. 4. — Tuberculose des poumons : M. 162, F. 85, T, 247. — Tuberculose des méninges : M. 20, F. 12, T. 32. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 5, T. 13. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 25, F. 21, T. 46. — Méningite simple : M. 13, F. 9, T. 22. — Congestion hémorragique et ramollissement du cerveau : M. 27, F. 23, T. 50. — Maladie organique du cœur : M. 35, F, 40, T. 75. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 7, T. 14. — Bronchite chronique : M. 9, F. 10, T. 19. — Pneumonie : M. 29, F. 21, T. 50. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 69. F. 42, T. 111. — Affection de l'estomac (cancer exc.) : M. 0, F. 1, T. 1. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 11, F. 4, T. 15; autre alimentation, M. 11, F. 6, T. 17. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Hernies, obstruction intestinale : M. 1, F. 6. T. 7. — Cirrhose du foie : M. 3, F. 2, T. 5. — Néphrite et mal de Bright : M. 23, F. 8, T. 31. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 6, T. 6. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 8, T. 8. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 18, F. 12, T. 30. — Débilité sénile : M. 14, F. 31, T. 45. — Morts violentes : M. 36, F. 8. T. 44. — Suicides : M. 18, F. 6, T. 24. — Autres maladies : M. 58, F. 44, T. 102. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 9, F. 6, T. 15.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 69, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 17, illégitimes, 14. Total : 31. — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 15, Total : 38.

Association amicale des Internes et anciens Internes des asiles d'aliénés de la Seine. — Le lundi 13 mai auront lieu dans les salons du restaurant Marguery, sous la présidence de M. Vallon, médecin de l'asile clinique (Sainte-Anne) : 1° a 6 h. 1/2, l'assemblée générale annuelle ; 2° à 7 h. 1/2, le banquet.

Banquet de M. Kirmisson. — Les élèves et amis de M. Kirmisson, à l'occasion de sa nomination de professeur à la Faculté, lui offriront un banquet, le mardi 21 mai prochain, à l'hotel d'Orsay, à 7 h. 1/2. Adresser les adhésions à M. Guénot, interne à l'hôpital Trousseau, 158, rue Michel-Bizot.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, professeur de Géologie au Muséum d'Histoire naturelle, fera une Excursion géologique publique, le dimanche 12 mai 1901, à Arcueil, Villejuif et Gentilly. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare du Luxembourg, où l'on prendra, à 11 h. 20, le train pour Laplace. On sera rentré à Paris vers 5 heures.

Assistance publique de Paris. — Par arrêté en date du 29 avril 1901, M. Thilloy, secrétaire général de l'Assistance publique à Paris, est délégué pour remplir les fonctions de directeur de cette administration, vacantes par suite du décès de M. le Dr Napias.

Concours d'agrégation d'Anatomie et de Physiologie. — Ce concours s'ouvrira lundi 13 mai, le jury est ainsi constitué : MM. Richet, président; MM. Blanchard, Launois, Sebilleau, Poirier, de Paris ; M. Cannieu, de Bordeaux; M. Laguesse, de Lille; M. Morat, de Lyon; M. Granel, de Montpellier.

Hopitaux de Lyon. — *Concours des médecins des hôpitaux.* — Le jury pour ce concours qui vient de s'ouvrir est composé de MM. Chappet, Lannois, Leclerc, Lyonnet, Mollard, Roque, Mazet, Lepuce, Bard, Jaboulay, Nové-Josserand et Pollosson. Une place est vacante ; neuf candidats prennent part au concours.

Association française pour l'avancement des sciences. — L'organisation du Congrès d'Ajaccio présente d'assez grandes difficultés pour la question du logement, des excursions, etc. Aussi le Conseil désirerait savoir approximativement quel sera le nombre des adhérents à ce Congrès. Dans ce but, il prie d'envoyer de suite, au Secrétariat, le nom des adhérents avec celui des personnes de leur famille, également membres de l'Association. Le prochain fascicule du Bulletin de l'Association contiendra toutes les indications relatives aux hôtels, chemins de fer, bateaux, excursions.

Les médecins de réserve et de la territoriale. — Le *Journal officiel* publie un tableau de répartition entre les gouvernements militaires de Paris et Lyon et les divers corps d'armée, des médecins de réserve et de l'armée territoriale convoqués pour des périodes d'instruction en 1901. Ces médecins pourront profiter des dispositions récentes qui permettent aux officiers d'accomplir leur période par fonctions d'au moins huit jours. (*Le Temps* du 2 mai 1901).

Femmes ivrognes. — Un certain nombre de citoyens mariés à des femmes qui s'adonnent à la boisson, se sont réunis dans la salle Saint-Georges et ont voté la fondation d'une société de protection des maris contre leurs femmes ivrognes. Des copies des résolutions prises vont être envoyées au premier ministre, au ministre de l'intérieur et aux membres du Parlement anglais. (*Le Temps* du 7 mai 1901.)

Science et Raison. — Le dernier numéro de *La Raison* (5 mai) publie : l'Eveil des Peuples, par Ch. Malato; les Services que la Science rend au Peuple, conférence d'Ernest Renan, lue par Jean Psichari, à la salle des Sociétés savantes ; la Farce de Diana Vaughan, par Zadig; la Déclaration des Droits de l'Homme, texte de 1795, par Victor Charbonnel ; Dieu gouverne-t-il le Monde, par S. E. S. — Jeudi dernier, *la Raison* a fait une réunion privée, où ont été lus les plus graves extraits des Diaconales ou Manuel des Confesseurs. — Abonnement : 5 francs par an, 104, rue d'Assas.

Nouveaux journaux. — Parmi les nouvelles publications médicales signalons : le *Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie*, importante revue de 74 pages, dirigée par MM. A. Gallet, J. Lorthoir et H. Verneuil de Bruxelles, et paraissant une fois par mois ; l'*Evolution médicale*, dont le Dr H. Grasset est le rédacteur en chef, journal bi-mensuel, absolument indépendant et ouvert à toutes les écoles. Nos meilleurs souhaits aux nouveaux confrères.

Faculté de Médecine de Paris. — Notre ami, le Dr Déjerine, agrégé, médecin de la Salpêtrière, l'un des membres du Comité de rédaction du journal, vient d'être nommé professeur d'histoire de la médecine, en remplacement de M. le Pr Brissaud.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Meuriot, ancien adjoint du Dr Blanche, auquel il avait succédé comme directeur de la maison de santé de la rue Berton, à Passy. Son fils, M. Henri Meuriot, est interne des hôpitaux. Le *Progrès Médical* lui adresse ses sincères condoléances. — M. le Dr Marcenac, ancien médecin-major, officier de la Légion d'honneur, conseiller général du Lot. — M. le Dr Véret (de Prémontré). — M. le Dr de Laret-Lamalignie (d'Arès). — M. le Dr B. Bourgeois, fils du député de la Vendée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie MASSON ET Cie,
120, boulevard Saint-Germain.

LESSER (Ed.). — Traité des affections vénériennes, traduit sur la 9e édition allemande par le Dr A. BAYET. In-8 cartonné de II-352 pages, avec 16 figures et nombreuses planches.

RAINAL (L. et J.). — Orthopédie. Déviations du rachis. Mal de Pott. Luxations congénitales. Coxalgie In-4 de 97 pages, avec 98 figures.

ROMME (R.). — L'alcoolisme et la lutte contre l'alcool en France. In-8 de 171 pages. — Prix : 2 fr. 50; cart. toile. 3 fr.

Librairie A. MALOINE,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

PANSIER (P.). — Histoire des lunettes. In-8 de 137 pages, avec 19 figures et 6 planches hors texte.

Librairie J. ROUSSET
36, rue Serpente.

LEPRINCE (A.) — La Myopie, son traitement, son hygiène. In-18 de 214 pages, avec 37 fig. et 15 pl. — Prix. . . . 3 fr.

LEPRINCE (A.). — Tableaux synoptiques de botanique et matière médicale à l'usage des étudiants en médecine (P. C. M.), des étudiants en pharmacie et des candidats à la validation de stage. In-18 de 73 pages. — Prix. . . . . 1 fr. 50

Librairie J. RUEFF,
106, boulevard Saint-Germain.

CRINON (C.). — Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles. In-18 cartonné de 428 pages. — Prix. . . . . 4 fr.

CARDAMATIS (J.). — Des fièvres continues et de leurs formes prédominantes en Grèce. In-4 de 27 pages. Athènes, 1901. Chez l'auteur à Syra.

CONGRÈS INTERNATIONAL (Premier Congrès de la Presse médicale. Paris. 26-28 juillet 1900). — Compte rendu officiel des séances. In-8° de XXIX-436 pages et 18 figures. — Paris, 1901. — Institut international de bibliographie scientifique.

CRYNS (J.). — Guide populaire d'hygiène. Manuel de la Santé, publié par l'Office sanitaire de l'empire allemand. Traduit d'après la huitième edition allemande, avec l'autorisation des auteurs. Avec un avant-propos, par le Dr E. MALVOZ. In-8 de III-279 pages. — Bruxelles, 1901. — Librairie A. Manceaux.

DAVIS (Ch. G.). — Two hundred and thirtyseven consecutive abdominal sections. In-8 de 6 pages. — Chicago, 1900. — Chez l'auteur, 31. Washington street.

FORTY-EIGTH annual Report of the Pennsylvania Training School for feeble-minded Children. In-8 de 34 pages, avec figures. — Philadelphia, 1900. — J. R. Mc Fetridge and Sons.

IMBEAUX (Ed.) — L'alimentation en eau et l'assainissement des villes à l'Exposition Universelle de 1900. Compte rendu des derniers progrès et de l'état actuel de la science sur ces questions. In-8 de 346 pages, avec 76 figures. — Paris, 1901. — Librairie E. Bernard et Cie.

LESSER. — Traité des affections vénériennes. Deuxième édition française, traduite sur la neuvième édition allemande. In-8 cartonné de 352 pages, avec 16 figures et planches hors texte. — Bruxelles. 1901. — Librairie A. Manceaux.

TRANSACTIONS OF THE AMERICAN ORTHOPEDIC ASSOCIATION. — In-8 cartonné de XXVIII-340 pages, avec nombreuses figures. — Philadelphia, 1900. — Published by the Association.

WOLOWSKI (C.). — Bestimmung des chlors in clorkak. In-8 de 3 pages. — Wiesbaden, 1901. — Librairie Kreidel's.

WOLOWSKI (C.). — Die quautitative Bestimmung des Indicans im Harn und ihre klinische Bedeutung. In-8 de 7 pages. — Berlin, 1901. — *Deutsche Medicinischen Wochenschrift.*

Chronique des Hôpitaux.

HOPITAL TENON. — M. le Dr BROCA commencera le mercredi 15 mai, à 10 h. 1/2, des leçons cliniques de chirurgie infantile et les continuera les mercredis suivants à la meme heure.

HÔPITAL NECKER. — M. le Dr HUCHARD a repris (amphithéâtre Laënnec de l'hopital Necker) le vendredi 10 mai, à 10 heures précises, ses consultations de clinique et de thérapeutique, et les continuera les vendredis suivants, à la meme heure — Présentation de malades; discussion sur le diagnostic et les indications thérapeutiques, traitement des maladies.

ASILE CLINIQUE, 1, rue Cabanis. — *Clinique mentale* : M. le Pr JOFFROY, Lundi et vendredi, à 2 h. 1/2.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc.) — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

HOPITAL TENON. — M. le Dr P. LE GENDRE a commencé, le samedi 4 mai, à 10 heures, des *Conférences de Pratique médicale et de thérapeutique*, et les continuera les samedis suivants (amphithéâtre de l'hôpital.)

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Conférences de radiologie médicale.* — Le Dr A. BÉCLÈRE commencera, le dimanche 5 mai, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de *huit conférences* sur les *Premières notions de Radiologie*, indispensables à la pratique de la radioscopie et de la radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Exercices pratiques de radiographie. — Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du Dr Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine.

Le Rédacteur Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 20. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 18 MAI 1901.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Sur la pseudopérityphlite ;

Par le Pr H. NOTHNAGEL (de Vienne.)

M. Nothnagel a fait une communication très intéressante à ce sujet dans la *Wiener Klin. Wochenschrift.* On sait, dit l'auteur, que les individus hystériques peuvent présenter les symptômes d'une péritonite diffuse et aiguë, même d'une intensité très considérable, sans qu'il existe des altérations anatomiques dans le péritoine. Le syndrome entier, dans ces cas, est de nature purement fonctionnelle et disparaît quelquefois aussi vite qu'il est survenu.

Watson, Henoch, Valentiner et d'autres auteurs avaient dirigé l'attention des médecins sur ces états pathologiques, et M. Nothnagel les a décrits dans son éminent travail « sur les maladies des intestins et du péritoine » qui avait paru dans le « Traité de Médecine » qui est publié par lui. Les faits cliniques portent une analogie à l'observation en question. Il s'agit d'un cas où le malade avait présenté le syndrome d'une pérityphlite, à cause de laquelle on avait même pratiqué la laparotomie, tandis qu'on eut en réalité affaire à des symptômes purement fonctionnels, d'après l'analogie de la pseudopéritonite.

Voici les détails de ce cas remarquable: L.L., âgé de 20 ans coiffeur. Son grand-père était aliéné; sa sœur épileptique ; sa cousine était atteinte d'un abcès cérébral. Presque tous les membres de sa famille sont, comme le malade en question, nerveux, capricieux et facilement irritables. A l'âge de 15 ans il fit une chute d'une échelle et tomba sur la partie occipitale; cette chute ne fut pas suivie de conséquences instantanées. Quelques jours après il fut pourtant atteint de maux de tête, de tremblement intense des mains, de faiblesse générale avec impuissance de travailler et de vertige très intense, de sorte que ce ne fut pas rarement qu'il tomba par terre, sans pourtant perdre connaissance, sans spasmes, sans miction et sans défécation involontaires. Guérison après six semaines par suite du traitement électrique.

Il y a deux ans, il fut atteint de douleurs dans la région iliaque droite, sans qu'on pût en démontrer la cause. Ces douleurs avaient le caractère de coliques; s'augmentaient très rapidement et devinrent excessivement intenses. Le malade fut admis à la clinique chirurgicale où l'on put constater ce qui suit : Rien d'anormal à l'inspection de l'abdomen ; la région iléocécale est très sensible à la pression. Dans la région de l'appendice vermiculaire, on croit sentir une tumeur longue et ovale, de la grandeur d'une noix. Dans la région sacro-lombaire, du côté droit, on note de l'hyperesthésie; les vertèbres lombaires inférieures, aussi bien que l'os sacré, semblent être sensibles à la pression ; le malade est apyrétique, le nombre des pulsations est de 72. — L'état du malade n'avait presque pas changé pendant quinze jours; l'application de compresses froides n'eurent aucun effet, le malade resta apyrétique. On abandonna le diagnostic de pérityphlite et l'on renonça à pratiquer la laparotomie qu'on avait eu l'intention de pratiquer aux premiers jours après l'admission du malade à l'hôpital.

On permit au malade de quitter l'hôpital; à la maison le malade présentait le même état; les douleurs dans la région iléo-cæcale persistaient ; il n'eut pourtant pas de fièvre. Le malade retourna à l'hôpital et demanda lui-même qu'on lui fît l'opération exploratrice. Le résultat de l'opération fut comme suit; des conditions tout à fait normales; pas même une trace d'inflammation ou d'adhérence, ni dans les parties extrapéritonéales, ni dans les parties intra-péritonéales, telles que le cæcum ou l'appendice vermiculaire. Néanmoins on fit la résection de l'appendice vermiculaire, et à savoir pour les raisons suivantes : On fit la résection pour la raison : « *ut aliquid fiat* », et secondement comme mesure préventive à une « skolikoïdite » — cela étant le terme technique que M. Nothnagel avait proposé en remplacement du mot appendicite, qui n'est pas très classique, qui pourrait survenir plus tard. L'examen de l'appendice vermiculaire extirpé montra qu'il était tout à fait normal dans toutes ses couches. La guérison s'établit par première intention: le malade était apyrétique ; les douleurs spontanées aussi bien que les douleurs à la pression disparurent rapidement. Le malade quitta l'hôpital en bonne santé.

Pendant les deux premières années qui suivirent

l'opération, le malade se sentait parfaitement bien, et ce ne furent que des sensations légères dans la région idiaque droite qui lui rappelèrent, de temps en temps, les douleurs dont il avait souffert auparavant.

Il y a quinze jours, le malade fut pris, sans qu'on pût en prouver la cause, de douleurs intenses dans la région iléo-cæcale qui persistaient presque continuellement et privaient le malade du sommeil. L'appétit fut bon ; la défécation était ralentie depuis six années. Le malade fut alors reçu à la clinique du Pr Nothnagel.

Les faits essentiels qu'on put relever à ce temps-là furent les suivants : La tension de la jambe droite produit des douleurs dans la région iliaque droite. Le malade se plaint de douleurs très intenses et continuelles dans cette région, sur une surface de la grandeur de la paume de la main et tout près de la crête iliaque. Le pouls, la respiration et la température sont normales. Rien d'anormal dans les urines. L'abdomen se trouve au-dessous du niveau de la poitrine et on ne voit nulle part de proéminence, pas même dans la région iliaque droite. La pression dans la région iléo-cæcale lui cause des douleurs véhémentes. A la pression dans la profondeur on ne peut nulle part découvrir quelque chose de pathologique. Tout le reste de l'abdomen n'est pas douloureux à la pression et, avec des examens répétés, on ne peut découvrir aucune irrégularité dans la cavité abdominale. Lorsqu'on relève un pli de la peau, sans exercer une pression dans la profondeur, le malade éprouve des douleurs intenses; ce fait est bien caractéristique de l'état du malade. Les impressions tactiles, telles que les piqûres légères avec une épingle, le toucher avec des objets froids, produisent des sensations plus vives du côté droit de l'abdomen que du côté gauche; ces impressions y donnent même origine à des sensations douloureuses. On constate une telle différence même plus haut, sur le tronc, où notamment les piqûres avec une épingle sont plus vivement senties du côté droit que du côté gauche. La percussion de l'abdomen donne des résultats normaux. Aucune altération dans les autres organes. On constate encore une exagération considérable du réflexe rotulien et un rétrécissement concentrique du champ visuel des deux côtés, et particulièrement du côté droit. L'appétit est bon; la défécation est ralentie. Le malade est resté pendant quinze jours dans le service de M. Nothnagel et a toujours été apyrétique; le maximum de la température était de 37° C. Sous l'application de la faradisation, les symptômes que le malade avait présentés disparurent et, au dire même du malade, il quitta le service sans aucune douleur et sans aucun trouble.

Le Pr Nothnagel résume sa très intéressante communication en disant ce qui suit : Il s'agit d'un garçon nerveux avec des tares excessivement névropathiques, lequel, il y a deux ans, avait apparemment présenté le même syndrome; on pratiqua l'extirpation de l'appendice vermiculaire où l'on ne put découvrir aucune altération; il en fut de même quant à l'entière région iliaque droite, après la laparotomie. Plus tard les douleurs dans la région iléo-cæcale survinrent de nouveau; pas de fièvre, pas de vomissements; la palpation ne donna aucun résultat; en même temps il y avait une hyperesthésie cutanée excessive et à un tel point comme M. Nothnagel ne l avait observée jusqu'ici, même dans la pératyphlite réelle; en dehors de cela on notait des réflexes exagérés et rétrécissement du champ visuel; à la fin, amélioration rapide par suite du traitement électrique. Prenant en considération tous ces faits, dit M. Nothnagel, il faut abandonner complètement l'idée d'une pérityphlite anatomique dans le cas en question, et l'on doit plutôt admettre la présence d'une pseudo-pérityphlite hystérique. Il est encore intéressant à noter ce fait particulier, à savoir qu'on croyait, il y a deux ans, sentir une résistance dans la région iliaque droite, tandis que la laparotomie a pu constater des conditions tout à fait normales.

On ne put pas établir si le malade avait vu, au début de sa maladie il y a deux ans, un malade atteint de pérityphlite. Dr Léon Lebovici (de Carlsbad.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La recrudescence de la diphtérie.

La diphtérie, comme la variole, la fièvre typhoïde et un certain nombre de maladies infectieuses sont en recrudescence. Durant les quatre premiers mois de 1901, la statistique de Paris donne 1.262 cas de diphtérie avec 225 décès, tandis que la période correspondante de 1900 n'avait donné que 563 cas et 121 décès. Nos hygiénistes se sont émus; ils attribuent cette augmentation à la négligence des médecins qui tardent trop à faire les injections de sérum antidiphtérique et le Ministre de l'Intérieur, inspiré par le *Comité consultatif d'Hygiène* de France, a adressé aux médecins des épidémies la lettre suivante :

Monsieur le docteur,

Aux termes de la circulaire ministérielle du 1er décembre 1893 relative à la déclaration des maladies épidémiques, prescrite par la loi du 30 novembre 1892, mon administration est tenue informée des épidémies ayant un caractère bien déterminé et des mesures prises pour les combattre. C'est aux médecins des épidémies qu'incombe le soin d'indiquer ces mesures et le plus souvent d'en diriger l'exécution. C'est à leur zèle pour la protection de la santé publique, à leur dévouement au bien, que l'administration fait appel pour obtenir leur concours, le plus souvent gratuit. Les moyens dont ils disposent pour enrayer la propagation des épidémies sont très variables suivant la nature de la maladie.

Pour une de ces maladies, la diphtérie, la mortalité a pu, au cours de ces dernières années, être réduite dans des proportions considérables par l'emploi du sérum antidiphtérique. Je remarque toutefois de notables différences dans les résultats obtenus, tels qu'ils ressortent des renseignements fournis par les préfets sur les épidémies dont ils rendent compte à mon administration. Tandis que dans certaines localités les malades inoculés ont tous guéri, ailleurs le nombre des décès dépasse la moitié des cas constatés ou déclarés. Ces différences ne peuvent tenir qu'aux conditions dans lesquelles le traitement est appliqué.

Il arrive souvent que des médecins, se trouvant en présence d'un sérum antidiphtérique vieux de quelques mois ou de quelques semaines, refusent de s'en servir et attendent que du sérum plus frais leur soit parvenu. Ils perdent ainsi un temps des plus précieux : la vie de leur malade peut dépendre de ce retard. Qu'ils réclament un nouveau sérum, s'ils le jugent utile, rien de mieux ; mais qu'immédiatement ils emploient celui dont ils disposent. Des expériences répétées ont montré que le sérum n'a perdu aucune de ses qualités curatives, même après une année. Dans tout sérum préparé depuis un certain temps, il se forme un léger précipité qui se dépose sur le fond du flacon en laissant le liquide parfaitement clair. Ce dépôt n'indique pas une altération du sérum, qui possède encore toutes ses propriétés thérapeutiques. Et l'intérêt de ne pas perdre une heure pour procéder aux injections de sérum résulte des chiffres suivants que M. le docteur Roux a produits devant le comité consultatif d'hygiène publique de France comme résultant d'expériences innombrables.

Lorsque l'injection de sérum est pratiquée le premier jour de l'apparition des fausses membranes, la mortalité est presque nulle et ne dépasse pas en tout deux pour cent ;

Lorsqu'elle est pratiquée le second jour, la proportion de la mortalité s'élève à six pour cent ;

Elle monte tout à coup à trente pour cent lorsque l'injection n'est faite que le troisième jour, à cinquante pour cent et soixante pour cent lorsqu'elle est faite le quatrième jour ou plus tard.

Je crois devoir, monsieur le docteur, faire appel à votre intervention personnelle en vous demandant de vouloir bien user de la légitime autorité dont vous jouissez auprès des médecins de votre arrondissement pour faire pénétrer ces notions dans leur esprit et obtenir qu'ils y conforment leur pratique. S'il pouvait en être ainsi sur tous les points du territoire, la diphtérie ne tarderait point à disparaître presque complètement et ce serait un grand honneur pour le corps médical, auquel la santé publique serait redevable d'un tel résultat.

Recevez, monsieur le docteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Président du Conseil,
Ministre de l'Intérieur et des Cultes,
WALDECK-ROUSSEAU.

Nous ne pouvons qu'approuver le mobile qui a inspiré cette lettre. Nous ferons toutefois remarquer que les flacons de sérum de l'Institut Pasteur, portent une date qui, sans doute, a sa raison d'être, et qui paraît bien destinée à mettre le médecin traitant en garde contre des sérums trop anciens. Nous avons, en maintes occasions, refusé d'injecter de vieux sérums bourbeux qui, bien que datant seulement de quelques mois, nous inspiraient des doutes très légitimes. La première devise du médecin est et doit être : *Primum non noscere*. Il serait peut-être intéressant de rechercher si la recrudescence de la diphtérie, qui est d'ailleurs analogue à celle de diverses maladies infectieuses, n'a pas d'autres causes. Nous nous permettrons de faire remarquer que, si à Paris le chiffre des cas de diphtérie paraît avoir doublé, le pourcentage des décès a, au contraire, faiblement diminué; ce qui ne signifie nullement que les malades ont été trop tardivement inoculés.

Dans la dernière phrase de sa lettre, M. le Ministre de l'Intérieur montre le grand honneur qui reviendrait au corps médical français de supprimer avec la diphtérie un des fléaux de l'humanité. Depuis de longues années, les médecins de France prêchent l'hygiène, souvent dans le désert, aux diverses administrations ; depuis de longues années, ils combattent et restreignent les maladies évitables. La corporation médicale est l'unique profession qui, en faisant des progrès, combat contre ses intérêts matériels : chaque adepte que le médecin gagne à la cause de l'hygiène et de la tempérance, lui arrache, à lui et à sa famille, un morceau de pain nécessaire, et, malgré cela, le médecin continue, très conscient de son suicide. Quelles récompenses reçoit-il en échange ? Il est victime de tous : de l'Etat et des communes, par une mauvaise organisation de l'Assistance; des collectivités, sociétés mutualistes, assurances, compagnies industrielles, qui l'exploitent tour à tour. Les lois et les règlements qui le concernent, paraissent toujours dirigés contre lui. Cependant il a besoin de protection pour remplir sa pénible mission et puisque M. le Ministre de l'Intérieur fait appel au dévoûment des praticiens français, qu'il permette à ces derniers de réclamer, en échange, de son administration la considération morale et la protection légale auxquelles ils ont droit et qui trop souvent leur font défaut. J. NOIR.

Incidents du procès du Comte de Cornulier, assassin de sa femme.

Du compte-rendu de ce procès, nous extrayons, d'après le *Français* du 25 avril, le passage suivant :

LE PRÉSIDENT. — Votre femme vous reprochait des infidélités? Elle prétendait que *vous aviez des relations avec une religieuse*. Bientôt votre femme tomba malade et fut examinée par le Dr Brouardel qui constata que Mme de Cornulier était épuisée par ses grossesses. En effet, en soixante-douze mois, elle avait quarante mois de grossesse.

L'interrogatoire porte alors sur l'*internement dans une maison d'aliénés* de Mme de Cornulier.

L'ACCUSÉ. — C'est sur l'avis des médecins que j'ai fait enfermer ma femme dans une maison d'aliénés.

LE PRÉSIDENT. — Vous n'avez pas averti la famille de cet internement?

L'ACCUSÉ. — C'est une erreur, je peux établir que j'ai prévenu la famille. J'ai encore en ma possession le talon de la poste.

LE PRÉSIDENT. — Votre femme était si peu folle qu'on l'a bientôt remise en liberté.

L'ACCUSÉ. — C'est moi qui l'ai fait sortir, quand sa situation a été améliorée.

M. de Cornulier parle très abondamment, entremêlant ses explications de pleurs et de soupirs. Il raconte dans quelles conditions, provoqué un jour par sa femme, il l'a « violentée » à propos d'une discussion au sujet du renvoi d'un domestique.

L'ACCUSÉ. — Ma femme m'a giflé et je l'ai repoussée. Au cours de la discussion, la gouvernante, objet de la querelle, s'est amenée (*sic*).

Nous laisserons de côté l'incident relatif aux relations du comte avec une religieuse, affaire banale, pour insister sur l'*internement dans un asile d'aliénés* de Mme de Cornulier. Il paraîtrait que quatre médecins ont été appelés et ont été d'accord qu'il y avait lieu — ce qui ne nous surprendrait pas, étant donné ce que les débats ont révélé sur l'existence de Mme de Cornulier, — de procéder à son internement, mais, comme le président a émis nettement des doutes sur la réalité de la folie, il nous semble que dans l'intérêt de la vérité et de leur réputation, les médecins mis en cause ont le devoir de se disculper. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mai 1901. — PRÉSIDENCE DE M. JOFFROY.

Pleurésie putride d'origine hépatique.

MM. BARTH et RIST rapportent le cas d'une femme alcoolique atteinte d'ictère infectieux avec angiocholite qui consécutivement présenta un épanchement pleural avec pneumothorax fermé. Cette malade succomba ; on découvrit à l'autopsie des abcès du foie développés autour de vieux kystes hydatiques et une pleurésie putride secondaire à microbes anaérobies.

Tachycardie paroxystique essentielle.

M. P. MERKLEN a observé une jeune fille de treize ans, atteinte de tachycardie paroxystique essentielle avec dilatation aiguë du cœur. La dyspnée était intense, le pouls atteignait, au bout d'une semaine, 220 pulsations. Une application de sangsues arrêta ces phénomènes inquiétants.

Pseudo-myxœdème.

M. FAISANS présente une jeune fille frappée à la fois d'infections syphilitique et gonococcique qui est atteinte d'un œdème syphilitique simulant le myxœdème. J. N.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 mai 1901. — PRÉSIDENCE DE MM. BENI-BARDE et PICQUÉ.

La séance est ouverte à 4 heures 15. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Bulletin de l'Université de Toulouse, nos 13 et 14. *Rôle du philothion dans le mécanisme de l'action des médicaments spéciaux de la nutrition*, par le Dr de Rey-Pailhade. *L'idée fixe et son rôle en pathologie mentale*, par le Dr Laurent, thèse de Lille. — Revues et journaux habituels. L'Evolution médicale.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — 1° Lettre de faire-part du décès du Dr Victor PACHOUTINE, président de l'Académie Impériale militaire de Médecine de Saint-Pétersbourg, et de M. le Dr MEURIOT, ancien président de la Société Médico-Psychologique. La Société adresse à leurs familles respectives ses sentiments de condoléance ; 2° lettre de M. le Dr Théodore ROUSSEAU (de Mexico) posant sa candidature au titre de membre correspondant national et envoyant à l'appui un travail inédit, intitulé : *Salicylate de soude et maladies de foie.* Parrains : MM. Coudray et Buret.

M. DUBUC fait observer que la séance du 25 mai tombant la veille des fêtes de Pentecôte, il est à craindre que la plupart de nos collègues soient absents à cette date : on pourrait peut-être supprimer cette séance, d'autant mieux que le lundi, 20 mai, nous avons une réunion plénière de trois sociétés.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée. En conséquence, **la prochaine séance aura lieu le 8 juin.**

M. BENI-BARDE expose quelques considérations sur le goitre exophtalmique et se propose de développer cette question dans une séance ultérieure.

M. JULLIEN. — Messieurs, je considère comme mon devoir d'appeler l'attention de la Société sur la création récente de la *Société de Préservation sanitaire et morale.* Pas d'autre but que de combattre par tous les *moyens possibles*, la syphilis et les maladies vénériennes et de la prévenir en répandant à profusion les connaissances nécessaires dans l'école, la caserne et tous les milieux sociaux ! Nous voulons faire cesser cette fausse honte qui, en créant le mystère autour de ces maladies, sert tant à leur diffusion. Cette Société, qui affectera surtout les allures d'une ligue, admettra à côté des médecins les profanes, hommes et femmes, de toute catégorie; la cotisation est minime, 10 francs par an. Elle a pour président M. le Pr Fournier, pour vice-présidents MM. le sénateur Bérenger, Drs Brissaud et Le Pileur. J'adjure tous mes collègues d'y adhérer et de venir travailler avec de tels maîtres à la lutte contre le fléau qui gâte et flétrit notre race.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Jullien et lui déclare que les vœux de la Société qu'il recommande sont pris en considération.

M. Albert WEIL lit son rapport sur les travaux de M. le Dr Laquerrière, candidat au titulariat.

Rapport sur la Candidature de M. Laquerrière au titulariat;

Par M. E. Albert WEIL.

Il est peu de questions plus intéressantes que celles des traitements conservateurs en gynécologie. Après une période de fol enthousiasme opératoire, l'on semble être revenu à des pratiques plus sages ; le couteau n'est plus toujours le suprême argument. S'il est légitime d'y recourir en nombre de cas, il est non moins indiqué d'user maintes fois d'autres pratiques. Sans vouloir suivre le sillage de grands romanciers qui se sont étendus trop complaisamment sur les désordres organiques résultant de l'ablation totale des organes génitaux chez la femme, et qui peut-être, pour avoir voulu trop prouver, n'ont convaincu personne ; l'on peut néanmoins signaler les troubles variés qu'impose la castration totale : toutes les opérées n'en sont pas également atteintes ; nombre d'entre elles n'en sont que très légèrement incommodées, mais il suffit qu'ils puissent survenir pour nous engager à n'imposer cette grande mutilation que pour les cas où elle seule est vraiment et complètement efficace. D'autre part, nombre de femmes craignent l'acte opératoire, même moins radical, et préféreraient un traitement moins brillant certes, plus long, mais tout aussi actif.

Tout travail qui tend donc à faire reculer les limites de la chirurgie abdominale doit être examiné avec soin, car il tend à satisfaire un espoir légitime. Examinons donc l'intéressante communication que M. le Dr Laquerrière nous a lue dans l'une de nos séances précédentes sur les traitements conservateurs, et en particulier l'électrothérapie dans les affections péri-utérines. Je vous rappelle ses principales conclusions :

« 1° Dans les affections péri-utérines, l'électrisation vaginale est un procédé précieux qui peut être appliqué par tous les médecins sans apprentissage spécial ; 2° Son action sera surtout marquée dans les affections péri-utérines, congestives ou inflammatoires sans suppuration ; elle sera d'autant plus active qu'elle sera appliquée plus près du début de l'affection. Elle doit donc être essayée avant l'opération chirurgicale,qu'elle permettra d'éviter plus souvent que les simples précautions hygiéniques prescrites d'ordinaire ; 3° Très efficace dans les petites tumeurs sanguines, elle l'est quelquefois aussi, quoique plus rarement, dans les affections de la trompe et dans l'ovaire scléro-kystique; 4° Contre le kyste de l'ovaire, son emploi peu recommandable pourra seulement, et encore bien rarement, servir de palliatif symptomatique momentané. Enfin, elle ne doit pas être employée en présence de lésions suppurées ou d'un vaste hématocèle. »

Notre confrère réclame donc qu'en presque toutes les affections péri-utérines non suppurées et non néoplasiques, l'on essaie la galvanisation ou la faradisation vaginale, voire même les applications de courant ondulatoire avant de recourir à l'acte chirurgical. Je suis loin d'avoir la même foi que lui dans ces interventions répétées. Pour moi l'électrisation (la galvanisation négative ou positive, selon les cas) fait surtout merveille dans les vieilles périmétrites quand l'utérus est comme enclavé en bonne ou mauvaise position dans le petit bassin par un lacis d'adhérences,cas du reste que les chirurgiens nous abandonneront facilement, car l'extirpation doit être souvent fort pénible et fort dangereuse; mais alors je l'applique généralement au moyen d'une tige intra-utérine reliée à l'un des pôles pour concentrer les lignes de flux et par suite rendre l'intervention plus efficace.Des observations assez nombreuses me permettent même de dire qu'en ces cas l'électrisation intra-utérine est vraiment la thérapeutique de choix. Mais je me garderais bien d'user même de la galvanisation vaginale dans les tumeurs salpingiennes, dans les kystes et dans les affections scléro-kystiques de l'ovaire ; les injections chaudes, le repos, triomphent des lésions bénignes ; quant à celles plus graves, elles restent le patrimoine de la chirurgie : des applications électriques peuvent donner peut-être une amélioration précaire, mais encore il les faut très fréquentes : ce que dit M. Laquerrière d'une malade en traitement à sa clinique, depuis trois ans, pour une lésion scléro-kystique, qui refuse, il est vrai, l'opération, mais qui souffre dès qu'elle interrompt son traitement deux ou trois semaines, n'est pas fait pour modifier mon opinion.

Je dirai plus; je trouverais dangereux — pour l'électrothérapie — ces applications vaginales faites un peu indifféremment et pendant quelques jours seulement pour un trop grand nombre d'affections péri-utérines, avant de recourir à l'opération ainsi que le réclame M. Laquerrière au début de son travail. Comme le succès ferait le plus souvent défaut, un discrédit total retomberait sur une méthode qui, bien appliquée, et en des cas strictement limités réussit pleinement : le domaine de la chirurgie, pour les esprits de bonne foi, au lieu d'être restreint, se trouverait de ce fait singulièrement agrandi: et cela pour le plus grand dam des malades.

J'espère que mon ami Laquerrière me pardonnera ces légères critiques; si nous différons de vue sur quelques points de pratique électrothérapique, il sait bien que j'ai,

pour son caractère et sa valeur scientifique, la plus profonde estime.

Guidé dans la science par son père, vétérinaire des plus distingués, qui, entre autres travaux, a étudié naguère avec Apostoli l'action du courant continu, du pôle positif, en particulier sur les microbes, Albert Laquerrière s'est adonné depuis plusieurs années à l'électrothérapie. Il a suivi l'enseignement de notre regretté collègue le Dr Apostoli et il continue aujourd'hui, dans sa clinique, ses traditions. Il a déjà publié de nombreux travaux, soit seul, soit en collaboration avec Apostoli. Je vous citerai en particulier sa remarquable thèse inaugurale « *Étude clinique sur le traitement des fibroems utérins par la méthode d'Apostoli et ses résultats éloignés* » et diverses communications *sur un cas d'impuissance sexuelle traité par le courant continu à hautes intensités, sur l'action thérapeutique des courants de haute fréquence dans l'arthritisme, sur le traitement électrique dans deux cas de cancers utérins*, sur le traitement des angiômes par l'électrolyse, etc., etc.

Il vous paraîtra donc que M. Laquerrière est un laborieux, digne du bon renom de notre Société. J'ajouterai que nous sommes liés d'amitié depuis de longues années et je puis certifier qu'en lui accordant vos suffrages, vous vous donnerez un collègue de valeur et d'agréable commerce.

Les conclusions favorables de ce rapport sont mises aux voies et adoptées; le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. Leudet lit une communication intitulée : **Considérations sur le traitement de la phtisie pulmonaire**. *(Sera publié.)*

M. le Président annonce que MM. de Valcourt (de Cannes) et Ad. Nicolas (de la Bourboule), assistent à la séance.

La communication de M. Leudet est l'objet d'une discussion à laquelle prennent part MM. Nicolas, Jullien et Christian.

M. Leudet. — Ce que vient de dire M. Christian confirme ce que j'ai énoncé : il ne faut pas généraliser le traitement de la phtisie.

M. Millée. — Il faut bien insister sur ce point et c'est là un des mérites de la communication si intéressante de M. Leudet, qui a bien mis au point la question et condamne la généralisation en matière de phtisie.

M. Jullien. — Si nous entreprenions tous de raconter l'histoire des tuberculeux que nous avons vu se débattre sous un diagnostic considéré comme presque fatal, quels documents contradictoires nous apporterions! Je me bornerai aux deux cas suivants qui montrent la phtisie dans la classe riche.

Le premier a trait à un artiste d'une trentaine d'années, fort peu soucieux de l'hygiène, et que pour cela, les bacilles une fois constatés, j'avais cru devoir envoyer au sanatorium de Folkenstein, il y a bien treize ou quatorze ans. Hélas! quoique Allemand, et par conséquent dans son pays, mon ami ne put se plier aux rigueurs de la discipline. — « Je pars », dit-il un jour au directeur. — « Vous allez au cimetière », répondit le tudesque, mais il se trompait, car malgré sa vie errante à la recherche du site préféré, et même quelques hivers passés à Londres, le tuberculeux dure toujours, et sa santé s'est raffermie.

Chez mon second malade qui fut pris un jour, en pleine santé apparente, d'une épouvantable hémoptysie, je pus constater dès le lendemain les bacilles de Koch. Rien ne lui fut caché, il n'avait pas 20 ans et j'entends encore un maître lui dire : « Monsieur, vous êtes tuberculeux; si vous suivez mes conseils, vous avez toute chance de guérir; si vous en faites fi, vous succomberez. » Sa vie fut dès lors organisée dans le but unique de cette défense : Une saison passée aux Eaux-Bonnes, sous l'habile direction de M. Leudet, trois hivers dans le Midi, à Grasse, avec le Dr Vidal; à Cannes, avec Rezeillet; en Algérie et en Tunisie, où il dut, en outre, triompher, grâce au Dr Bastide, d'une fièvre typhoïde très grave; puis le grand air et l'exercice à outrance, sous la direction de Fiessinger (d'Oyonnax), un maître. La vie en plein air, la bicyclette, l'automobilisme, le séjour dans les altitudes ont développé chez ce jeune homme une endurance exceptionnelle et véritablement transformé son organisme. Il supporte les froids les plus vifs et ne se plaît que dans la montagne, en plein vent; il ne tousse plus et il offre un développement musculaire vraiment étonnant. En revanche, il ne supporte guère le séjour dans les villes, Paris surtout lui est devenu intolérable. Venu au moment de l'Exposition, il n'y put rester plus de deux ou trois jours, et quand il était entré dans les galeries et les palais, il prétendait étouffer et se hâtait d'en sortir.

En somme, ces deux jeunes gens se sont guéris par la vie libre et en dehors des sentiers battus. Phtisie des riches, dira-t-on, certainement, mais, puisque les inégalités sociales existent pour quelques centaines d'années encore, pourquoi n'en tiendrions-nous pas compte dans les indications de cette terrible infection. Mais il y a quelque chose de plus chez ces malades, c'est que tous deux se sont surtout tirés d'affaire par leur intelligence, leur esprit d'initiative et leur énergie morale.

M. Nicolas. — Le bacille peut disparaître sans que les signes stéthoscopiques disparaissent en même temps.

M. Suarez de Mendoza présente un nouvel instrument d'irrigation, l'**Énéma-Siphon.**

Enéma-Siphon

(Injecteur à maniement monomanuel et à pression volontairement variable);

Par le Dr Suarez de Mendoza.

Les divers appareils à injection que le commerce met à la disposition des médecins et des malades sont : les seringues, les poires, les énémas, les irrigateurs et les siphons.

Les seringues en général, que ce soit le type primitif glorifié par Molière, la seringue-bijou de Lermoyer, ou l'une des multiples seringues que l'on invente tous les jours, ont toutes, de même que les poires, des avantages et des inconvénients communs. Les avantages sont : 1° de fournir un jet à pression volontairement variable ; 2° de permettre, à l'aide d'une seule main, de diriger le jet à l'endroit voulu. Les inconvénients sont : 1° d'avoir besoin d'être chargées souvent, ce qui est désagréable si l'on doit faire une injection copieuse ; 2° de ne pouvoir être facilement employées par le malade lui-même ; 3° de pouvoir produire des lésions diverses, à cause de leur rigidité, lorsqu'elles sont employées par des mains inhabiles.

L'énéma a l'inconvénient d'être de maniement bi-manuel. Les siphons joignent à cet inconvénient celui d'être à pression constante et, partant, pas volontairement variable. Ces inconvénients sont compensés par l'avantage de leur souplesse et de leur jet continu. En somme, pour le médecin qui sait s'en servir, une seringue bien construite, telle que la seringue vésicale du Pr Guyon, qui, aux avantages de la seringue de petit modèle construite pour les oreilles, ajoute encore celui de la capacité beaucoup plus grande, est l'instrument idéal et peut remplir toutes les indications du seringuage, surtout si l'on adapte à son extrémité un bout en caoutchouc, assez souple et cependant assez rigide pour se maintenir dans l'axe de l'instrument, et se terminant par une canule adéquate à l'organe que l'on se propose de seringuer. Cet ajoutage sert de trait d'union entre l'extrémité de la seringue et la canule, il rend les heurts plus doux et partant indolores. Mais si, pour le médecin habitué aux choses de l'oreille, une bonne seringue peut suffire seule à toutes les indications du seringuage, il n'en est pas de même pour le médecin débutant et pour le malade.

L'idéal pour ceux-ci serait de pouvoir disposer d'un instrument réunissant, au débit continu du siphon, la pression volontairement variable de la poire, la seringue ou l'énéma, à la facile direction du jet et au maniement monomanuel de la seringue, la souplesse du siphon et de l'énéma. Cet instrument, muni de l'ajoutage en caoutchouc atténuant le choc, et de ma canule à arrêt protecteur, pourrait être confié aux mains les plus inhabiles, sans crainte de faire des échappements maladroits dans le conduit et avec la certitude que l'injection sera fructueusement faite. Ces divers desiderata, je crois les avoir réunis dans l'énéma-

siphon (injecteur à maniement monomanuel et à pression volontairement variable) que j'ai l'honneur de vous présenter. L'énéma-siphon n'est autre chose qu'un siphon de Weber, dans lequel la poire d'amorcement a été remplacée par une poire puissante, comme celle de l'énéma et qui, grâce à ses soupapes, se transforme en pompe foulante et aspirante. La poire, au lieu de se terminer par un tube en caoutchouc long, souple et flasque comme dans l'énéma et le siphon, se termine par un tube droit de 10 centimètres assez rigide, portant à son extrémité un embout, permettant d'adapter n'importe quelle canule. A l'union de la poire et du bout rigide est placé un robinet à poussette.

Ainsi contruit, mon appareil peut servir : 1° comme siphon, pour cela une fois amorcé, on ne doit plus toucher la poire foulante et le liquide coule avec une force correspondant à la hauteur du récipient ; 2° comme seringue se remplissant automatiquement, et alors, une fois le siphon amorcé, la main agit sur la poire pour exercer la pression voulue ; 3° comme énéma, mais à maniement monomanuel, donnant un jet intermittent et à pression volontairement variable ; il suffit, à l'aide d'une fente ménagée dans le coude habituel du siphon, de dégager le tube en caoutchouc qui devient rectiligne et on plonge alors l'extrémité du tube dans le récipient placé sur la table d'opération ou par terre ; l'appareil agit alors comme pompe aspirante et foulante, dont le débit s'arrête aussitôt que la pression manuelle cesse.

Ajoutons que, lorsque l'appareil sert comme siphon, le robinet à poussette, placé à la portée du pouce de la main qui tient la poire, permet d'arrêter le jet au moment voulu. Pour maintenir l'asepsie intérieure de l'appareil, une fois l'injection terminée, on réunit les deux extrémités à l'aide d'un bout de caoutchouc.

Dépouillement du scrutin. — M. Richelot, candidat à l'honorariat, a obtenu :

Votants : 20.

Pour l'admission. . . . . 19 voix.
Contre l'admission . . . . 1 —

En conséquence, M. Richelot est nommé membre honoraire.

La séance est levée à 5 heures 50.

Le Secrétaire général, F. Buret. *L'un des Secrétaires annuels :* H. Monel.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOGRAPHIE

Rédacteur spécial : Dr L.-H. REGNIER

ÉLECTROTHÉRAPIE.

I. — **Recherches sur la production d'ozone fourni par les courants de haute fréquence et le résonateur Oudin**; par Bordier et Moreau, professeurs agrégés à la Faculté de Médecine de Lyon. (*Archiv. d'électr. méd.*, 15 fév. 1900.)

I. — Les appareils producteurs de courants de haute fréquence peuvent être utilisés comme générateurs d'ozone en quantité suffisamment grande pour être utilisé dans le traitement de quelques affections des voies respiratoires : coqueluche, rhume des foins, asthme, emphysème. Les expérimentateurs se sont servis du nouveau résonateur d'Oudin, construit par Bonetti, dans lequel existe un rapport déterminé entre la capacité et la self induction des deux solénoïdes, ce qui permet d'avoir l'intensité d'effluves maxima et une très grande proportion d'ozone. Pour recueillir ce gaz, ils ont recouvert la partie supérieure du solénoide d'une cloche en verre, ouverte en haut et fermée par un bouchon paraffiné, dans lequel passe un tube de verre, conduisant le gaz produit à des flacons laveurs destinés au dosage, et communiquant eux-mêmes par l'intermédiaire d'un compteur à gaz avec une trompe à eau. Le dosage a été effectué à l'aide d'un mélange composé de 50 c.c. de solution décinonnale d'acide arsénieux, 5 c.c. d'une solution d'iodure de potassium à 10 0/0, 45 c.c. d'eau distillée.

Les expériences montrent que la quantité d'ozone varie en même temps que le volume de l'air qui circule autour du fil terminal du solénoïde et avec l'intensité du courant et l'obscurité plus ou moins grande des décharges. Dans les conditions où les opérateurs se sont placés, avec une ventilation de 200 litres par heure, on peut obtenir 130 milligr. d'ozone, ce qui est beaucoup plus que ce que fournissent les ozoneurs médicaux actuellement employés.

II. — **Rapport entre la variation d'excitation des nerfs et la variation de densité des courants excitateurs**; par R. Leduc, professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes. (*Arch. d'électr. méd.*, mars 1900.)

II. — De ses expériences, l'auteur conclut que pour une même variation de la densité dans le nerf, l'excitation subit une variation bien plus grande, pour le courant à potentiel élevé que pour le courant à faible potentiel. La variation de l'excitation correspondant à une même variation d'intensité et par suite de densité, est plus grande quand l'excitation se fait à un potentiel plus élevé.

III. — **Des alternatives voltiennes dans le traitement des atrophies musculaires**; par le Dr Ch. Truchot. (*Arch. d'élect. méd.* Bordeaux, avril 1900.)

III. — L'appareil utilisé se compose d'un inverseur de Ruhmkorff ou de Siemens, monté sur l'axe d'un petit moteur électrique, tournant à 29 ou 30 tours par seconde. Interposé entre la source de courant continu et le patient, il permet de faire agir sur le muscle une succession de courants d'intensité réglable à volonté, interrompus et renversés un grand nombre de fois par seconde. On a ainsi, au lieu de la simple secousse musculaire de fermeture au pôle positif ou négatif, une tétanisation du muscle, comparable à celle que produit le courant faradique. La contraction musculaire ainsi obtenue est beaucoup plus active que celle de la simple secousse. Les alternatives diminuent, si elles ne la suppriment pas, l'action électrolytique du courant et, par conséquent, la crainte d'escarres.

Ces alternatives agissent à peu près comme un courant d'intensité double et on n'a pas à se préoccuper en cas de dégénérescence du pôle employé. Appliqué à un cas de paralysie infantile, ce traitement a donné une rapide amélioration.

IV. — **Traitement des névrites périphériques traumatiques par le courant alternatif à basse fréquence**; par le Dr L.-R. Regnier. (*Journ. de Neur.*, Bruxelles, 1900.)

IV. — Déjà utilisé par moi pour les névrites saturnines, ce traitement a été essayé dans trois cas de névrites traumatiques. Un névrome du nerf médian ; une névrite du nerf cubital consécutive à une pseudarthrose de l'humérus, une atrophie musculaire des muscles de l'éminence thénar chez un enfant atteint de fracture du radius.

L'emploi de ces courants qui sont ceux du secteur électrique de la rive gauche, est sans danger avec un bon rhéostat, il présente les mêmes avantages que le courant continu avec alternatives voltiennes; suppression de l'action électrolytique, action plus énergique et moins difficile à supporter.

V. — **La cause de la mort par les courants électriques industriels**; par Cunningham, assistant à la Columbia University. New-York. (*New-York Med. Journ.*, 1899.)

V. — Etude expérimentale dont l'auteur montre que les courants électriques industriels qui traversent le corps, soit transversalement, soit longitudinalement tuent, parce qu'ils provoquent la contraction fibrillaire du cœur et non, comme on l'a soutenu, une paralysie totale de l'organe. Ces courants ne tuent pas le système nerveux central ni ne le paralysent instanément, la mort de ces organes est provoquée par l'anémie consécutive à l'arrêt subit de la circulation. Dans de rares cas un courant très intense, traversant seulement la portion cérébro-spinale pendant longtemps, peut amener l'asphyxie par suite de l'inhibition respiratoire qui se produit surtout pendant le passage du courant, mais il n'existe aucun fait démontrant la paralysie du centre respiratoire médullaire dans ces conditions. Les grenouilles et les tortues ne peuvent être tuées par les courants industriels que si l'on emploie une intensité modérée, mais pendant très longtemps, ou un énorme

voltage à très haute intensité. Les forts courants industriels appliqués sur le cœur à travers la peau agissent de même que quand le cœur est dénudé.

Il est possible qu'un courant d'une intensité et d'un voltage énorme tue par la force disruptive ou en coagulant par la chaleur tout le contenu des cellules du corps. Les courants industriels ne tuent pas instantanément, bien que la mort puisse résulter de leur action. Ceux qui ont guéri des chocs électriques graves disent que ce genre de mort n'est pas douloureux. La cessation spontanée de la contraction fibrillaire du cœur produite par le courant électrique chez le chien est rare. Elle semble même ne pouvoir se faire quand l'application externe du courant dure deux à trois secondes. Le retour de l'excitabilité du cœur, du chien en contraction fibrillaire par l'application externe d'un fort courant électrique est possible. On peut rappeler les chiens à la vie par les méthodes décrites par l'auteur si la durée du choc électrique a été courte et le traitement commence aussitôt après.

VI. — Le mécanisme de la mort par les courants électriques chez l'homme; par F. Batelli, assistant de physiologie à l'Université de Genève. (*Ann. d'electrobiolog.*, janv.-fév. 1900).

VI. — L'auteur avec le Pr Prévost a préalablement établi, par une série d'expériences sur les animaux, que la mort par les courants électriques résulte de deux mécanismes différents: avec les courants alternatifs à haute tension elle a lieu par inhibition du centre respiratoire, avec les mêmes courants à basse tension par paralysie du cœur, les centres nerveux étant inhibés. Chez l'homme les électrocutions pratiquées en Amérique ont démontré que la respiration et les battements du cœur ne sont pas arrêtés définitivement par un courant alternatif variant de 1.300 à 1.700 volts quand les contacts sont bons. La mort de l'homme dans les accidents de l'industrie électrique ne peut être attribuée à l'arrêt primitif de la respiration (fait antérieurement démontré par d'Arsonval) elle résulte de la paralysie du cœur mis en trémulations ventriculaires. La tension nécessaire varie suivant la bonté du contact et le point d'application des électrodes. Comme dans les accidents industriels les contacts sont toujours mauvais un courant de tension moyenne (115 volts) peut occasionner la mort par paralysie du cœur; aussi les courants électriques à haute tension sont-ils toujours dangereux. La paralysie du cœur paraît cependant passagère dans un certain nombre de cas, puisque des personnes traversées par des courants de 200 à 1.000 volts ne sont pas mortes, mais il faudrait une statistique rigoureuse et détaillée des accidents pour savoir à quoi tient ce phénomène; la mort foudroyante est due le plus souvent aux mauvais contacts qui transforment l'action du courant de haute tension en celle du courant de tension moyenne et déterminent alors une double inhibition nerveuse et cardiaque. La respiration artificielle est le seul moyen de traitement qui présente quelques chances de succès dans ces sortes d'accidents. (Ceci confirme les conclusions du Pr d'Arsonval.

VII. — Action physiologique des courants de haute fréquence particulièrement au point de vue du taux des oxydations chez le cobaye; par Queston (*Ann. d'electrobiolog.*, janv.-fev. 1900.)

VII. — Avec les courants alternatifs à haute fréquence et haute tension, l'auteur n'a pu obtenir la moindre augmentation de la production de l'acide carbonique chez le cobaye ni chez la grenouille. Les actions constatées seraient plutôt dues, ainsi que l'a démontré Marmier, à la chaleur développée par ces courants. Ces expériences ne permettent cependant pas d'infirmer ce qui a été constaté chez l'homme malade dont les conditions morbides modifient l'excitabilité.

VIII. — Traité pratique d'électricité médicale: par J. Larat. Rueff, édit., 1900.

VIII. — Ce très intéressant volume de 870 pages justifie bien son titre car il contient, avec tous les détails nécessaires, l'exposé des diverses applications, aujourd'hui si nombreuses, de l'énergie électrique à la Médecine. C'est la synthèse considérablement augmentée des travaux de l'auteur depuis son *précis d'Electrothérapie* déjà si pratique, publié en 1890 jusqu'aux découvertes les plus récentes. La première partie est consacrée à la physique électrique médicale comprenant l'exposition, aussi succincte et claire que possible, des divers appareils employés, soit pour le diagnostic, soit pour la thérapeutique sans ces terribles équations, qui sont pour la plupart des praticiens aussi indéchiffrables que des énigmes, et partant inutiles.

La seconde partie est consacrée à l'électro-physiologie qui constitue la base essentielle des applications électro-thérapiques aux affections nerveuses et aux maladies de la nutrition. Cette partie débute par un bon historique des expériences relatives à l'électricité animale et au passage de l'énergie électrique dans les tissus et continue par l'exposé de l'action des courants sur les muscles et les nerfs et sur la nutrition ; la grande expérience de Larat lui a inspiré, à ce propos, de sages et justes critiques. Le chapitre XIII est consacré à l'électro-diagnostic, la technique de la recherche des variations de l'excitabilité musculaire ou nerveuse est clairement exposée ainsi que les conséquences cliniques et thérapeutiques qu'elles comportent. L'électro-thérapie proprement dite occupe une bonne moitié de l'ouvrage. Après quelques considérations générales sur les diverses méthodes, se placent naturellement tous les détails relatifs aux applications locales ou générales des diverses formes de courants, puis l'exposé des maladies dans lesquelles le traitement électrique joue un rôle principal ou accessoire. Un bon résumé de la technique et des applications de la radiographie, de la radioscopie et de la photothérapie termine ce travail considérale et consciencieux, dans lequel ressort bien la personnalité de celui qui l'a écrit.

RADIOGRAPHIE.

IX. — Cours de physique de l'Ecole Polytechnique; par M. J. Jamain, deuxième supplement par M. Boutry, professeur à la Faculté des Sciences de Paris (Gauthier-Villars, 1899.)

IX. — Dans ce volume de 200 pages, écrit dans un style clair et attrayant, on trouve une excellente mise au point des derniers progrès de nos connaissances en électricité. Le premier chapitre est consacré aux théories mécaniques et physiques, aux phénomènes électro-magnétiques, au rôle de l'éther dans la physique moderne et à la théorie électro-magnétique de la lumière. Les trois chapitres suivants traitent des mesures électriques des électrolytes et diélectriques et du magnétisme. Il y a dans ces chapitres plusieurs points intéressants pour le médecin électricien : l'étude des phénomènes de transport dans un mélange de sels, et celle de l'aimantation sur les phénomènes thermo-électriques.

Dans le chapitre VI sont étudiés les courants à haute fréquence; les deux méthodes qui servent à les produire, celle de Tesla et celle de d'Arsonval et les études de Blondlot sur la vitesse de propagation de ces courants qui se trouve être égale à celle de la lumière. Nous arrivons, dans le chapitre VII, aux oscillations hertziennes et aux expériences de Branly de Turpain, etc., qui ont conduit à la découverte de la télégraphie sans fil. Dans le chapitre IX se trouvent tous les détails relatifs aux rayons cathodiques et aux rayons X. L'auteur y rappelle les expériences de Crookes, discute son hypothèse, expose les expériences de Perrin, de Lenard et les propriétés des courants cathodiques, leur vitesse, leur diffusion, leur action réductrice. Ceci nous amène aux expériences de Röntgen, à leur action photographique électrique, à leur comparaison avec les rayons ultra violets, aux rayons secondaires et tertiaires auxquels ils donnent naissance, à leurs rapports avec les rayons cathodiques, aux essais tentés sur la possibilité de leur interférence, de leur polarisation et de leur diffraction et à leur nature probable, — tous phénomènes fort intéressants à connaître pour ceux qui s'occupent de cette importante question.

X. — Les rayons X et leurs applications médicales: par le Pr J. Bergonié. (Bordeaux, Gounouilhou, 1900.

X. — C'est une conférence faite par le savant et aimable professeur dans laquelle il expose brièvement l'historique de la découverte de Röntgen en s'étendant un peu sur la part qu'y prit son compatriote Abria. Il cite ensuite les différentes propriétés connues des rayons X, puis expose en quelques mots l'instrumentation, les règles à suivre pour obtenir une bonne radiographie, les dangers des rayons X et enfin les résultats obtenus, c'est un excellent résumé de l'ensemble de nos connaissances sur la question.

XI. — La radiographie et ses diverses applications; par le Dr Soude. (Paris, Gauthier-Villars, 1900.)

XI. — C'est aussi une conférence faite par le très compétent directeur du service de photographie de la Salpêtrière, à la société française de photographie. Après avoir montré l'utilité de la photographie dans les sciences médicales, le conférencier va exposer celle de la radioscopie et de la radiographie. On trouve dans son exposé beaucoup de renseignements utiles sur la technique instrumentale. Puis il montre à ses auditeurs différentes radiographies représentant le développement du système osseux aux différents âges, une de P. Richer concernant une momie égyptienne, des exemples de fractures, de scoliose, de projectiles dans le crâne, de thorax avec des lésions pulmonaires, il fait ensuite la description de l'appareil de Chabaud pour la radiographie stéréoscopique et de celui de Bouchacourt pour l'endodiascopie. Il termine enfin par un court exposé des applications de cette nouvelle science à l'industrie.

XII. — Un cas de macrodactylie; par Makeig Jones. (Torquay). (*Occidental medical Times*, 1900.)

XII.— Observation d'un tuberculeux de vingt ans présentant un cas curieux de macrodactylie portant sur les os du pied du membre inférieur gauche. La radiographie montre que les os du gros orteil ne sont pas augmentés de volume mais qu'il existe sur la tête du métatarsien une exostose. Le second et le troisième métatarsiens sont un peu augmentés de volume surtout dans le voisinage de leur extrémité inférieure ainsi que les phalanges des doigts correspondants.

XIII. — Possibilité de graves erreurs en radiographie, par Karl Beck (*New-York med. Janin*, janv. 6, 1900).

XIII. — Observation d'un enfant de 12 ans qui, en jouant, tomba contre une barre de fer. Amené à l'hôpital on ne constata aucune différence de longueur entre les deux jambes, aucune déformation, seulement un peu de gonflement de toute la jambe gauche. Cependant il y avait de la mobilité anormale et de la crépitation pendant les manœuvres violentes. 2 radiographies prises sur le plan antéro-postérieur ne révèlent rien ; une troisième prise plus obliquement montre un trait de fracture ; enfin une quatrième, prise dans le plan latéral, décèle une fracture oblique type du tibia. Ce cas montre la nécessité de prendre toujours deux épreuves dans deux plans perpendiculaires dans les cas de fractures.

XIV. — Fracture du col de l'astragale, avec rejet du corps de l'os en arrière et en bas, par Robert Jackson. (*Quaterly med. Journal*, fevrier 1900

XIV. — Il s'agit d'un charbonnier renversé dans une galerie de mine par une grosse pierre et qui eut le pied pris entre un rail et la plate-forme de son wagonnet. Il resta trois semaines à l'hôpital avec une légère plaie qui guérit rapidement, mais il ne pouvait ni marcher, ni poser le talon par terre depuis son accident. On sentait derrière le tendon d'Achille une masse osseuse. La radiographie montre que c'est le corps de l'astragale qui est rejeté là et solidement maintenu par des adhérences fibreuses, d'où nécessité d'une incision de chaque côté du tendon pour enlever cet os. Depuis le malade marche bien et il n'y a aucune différence apparente entre les deux pieds.

XV. — Les rayons de Rontgen dans la spina bifida, par Karl Beck (New-York, 1900.)

XV. — Il est important, au point de vue opératoire, de savoir si on se trouve en présence d'une méningocèle, d'une myelo-méningocèle ou d'une myelocystocèle et de préciser le siège de la lésion. Maintenant le diagnostic est facilité par les rayons X. La skiagraphie montre en effet nettement l'ouverture osseuse et même quelquefois les expansions nerveuses dans le sac. Dans les cas rares où il y a lipome ou fibrome, le skiagramme renseigne bien. Le skiagramme présenté est un beau type de spina bifida lombo sacré, montrant l'intégrité de la colonne et les caractères du contenu du sac. L'enfant opéré avait cinq jours. En un mois il était guéri.

XVI. — Les méthodes modernes pour reconnaître les corps étrangers dans les yeux, par A. Barkau, Pr au Collège médical de San Francisco (*Occidental Medical Times*, Juin, 1900).

XVI. — L'auteur passe en revue les diverses méthodes, soit avec l'ophthalmoscope, soit avec la loupe binoculaire de Westiln. Il présente un instrument personnel muni d'un microscope binoculaire. En terminant il parle de l'emploi de la radiographie pour la détermination du siège des corps étrangers dans l'œil et conclut : 1° que le microscope binoculaire électrique fournit le meilleur moyen pour reconnaître la présence des corps étrangers de l'œil et déterminer leur siège. 2° Le sidéroscope perfectionné de Huschberg peut aussi servir avantageusement, surtout pour les fragments de métaux situés dans la moitié frontale de l'œil. Dans les cas douteux, on peut essayer l'électro aimant de Haab, qui peut attirer les corps les plus profondément situés et donner une douleur caractéristique. 3° Les corps étrangers de tout genre peuvent être reconnus et localisés à l'aide de rayons Rœntgen et mis en relief par la méthode de radiographie stéréoscopique de Davidson.

XVII. — Diagnostic des anévrysmes de la crosse de l'aorte, par William Fitch Cheney, Pr au Collège médical Cooper, à San Francisco (*Occidental medical Times*, 1900.)

XVII. — L'auteur passe d'abord en revue les signes ordinaires fournis par les modes d'examen habituels et termine en indiquant les ressources que la radioscopie ajoute en confirmant le siège, l'étendue de la lésion. Il ne doute pas que les radiologistes expérimentés ne puissent découvrir les anévrysmes trop-petits ou trop profondément situés pour provoquer des signes physiques ; mais, pour la majorité des médecins praticiens, les procédés usuels de diagnostic conservent toute leur valeur.

REVUE DE CHIMIE BIOLOGIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr P. Cornet.

I. — Détermination de l'acidité urinaire, d'après Otto Nægeli (1).

I. — La fixation de la quantité d'acide éliminée par l'urine est de grande importance, théorique et pratique, dans une série de maladies, en particulier dans le diabète, la goutte et autres troubles nutritifs, et au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. Cependant, il n'y a jusqu'ici que peu de recherches sur ce domaine, parce que les auteurs ont reculé devant les difficultés pratiques, présumées ou réelles, et dans l'attente d'une méthode acidimétrique plus sûre.

La *méthode au papier de tournesol*, une des premières employées, ne peut donner de résultats précis, parce que les phosphates alcalins primaires et secondaires (2), dont la présence est la principale cause de la réaction de l'urine, réagissent sur le papier tournesol, séparément et d'une manière différente.

De meilleurs résultats furent obtenus par la *teinture de coccinelle* ou la *phtaléine du phénol* ou la *corralline* (*acide rosolique*), mais sans succès définitif, à cause de certains obstacles : couleur propre de l'urine, et influence des carbonates, des sels ammoniacaux et des bases alcalino-terreuses. Le procédé Freund et Toepfer (3) pour le *rouge d'alizarine* (sulfo-alizarinate de soude), rencontre aussi de vives critiques. La méthode de Maly (4) ou dosage de l'acide phosphorique à l'état de *phosphate de baryte*, ne paraît pas davantage avoir conquis le droit de cité. Puis vinrent les procédés Lieblein (5), Jæger, Oliviero, Strobel, Berlioz, Lépinois et Michel. Voici ce que propose M. Nægeli : Il s'agit, en fait, d'établir l'excédent des

(1) Zur Aciditatsbestimmung des Urins (*Hoppe-Seyler's Zeitschrift fur Physic. Chemie*, Bd. XXX, 1900, p. 313.)

(2) Les sels normaux sont dits *primaires*, *secondaires* ou *tertiaires*, suivant qu'un, deux ou trois atomes d'eau sont remplacés par un metal.

(3) *Zeitsch. f. physiol. Chemie*, Bd. XIX.

(4) *Zeitsch. f. annalyt. Chemie*, Bd. XV, p. 417.

(5) Ibidem, Bd. 21.

équivalents d'acides, sur les équivalents de bases. Ainsi lorsqu'à une quantité déterminée d'urine, nous ajoutons de la lessive normale de soude jusqu'à réaction neutre, nous savons que l'alcalinité trouvée équivaut à la quantité d'acide normal en excès. En somme, on titre l'urine d'après le point de neutralisation. L'auteur appelle ainsi le point d'une solution saline, auquel il suffit d'une trace d'acide ou de base, pour que la solution donne une réaction acide ou alcaline. A cet effet, le meilleur réactif est la phtaléine du phénol, laquelle se rapproche le plus, pour les solutions salines, du point de neutralisation obtenue par la voie chimique. On peut donc définir ainsi l'acidité : *l'excès d'acide d'une solution, sur son point de neutralisation.* Si une urine contient à la fois beaucoup d'acide et beaucoup d'alcali, son acidité peut être faible, et ne permettra nullement de conclure à une forte élimination d'acide, Dans ce cas, c'est d'abord la titration des bases qui peut nous renseigner sur l'acidité réelle.

II. — Composition chimique de la matière grasse du Chyle, d'après ERBEN (1).

II. — *Historique.* — L'analyse de la matière grasse du chyle n'a pas encore été faite d'une façon précise. On trouve de rares indications dans Hensen (2), qui trouva dans le chyle, issu d'une fistule lympathique au prépuce d'un enfant de 10 ans, 2,25 0/0 de matière grasse, avec 0,018 à 0,102 0/0 de cholestérine. Dans d'autres recherches, Munk et Rosenstein trouvèrent : 2,4 0/0 d'acides gras libres, 1,14 à 1,15 0/0 de cholestérine, 1,14 0/0 de lécithine. Puis Eggel, Brieger, Grimm étudièrent des cas de chylurie et extrayèrent de l'urine : cholestérine, lécithine, glycérides, etc. (3).

Recherches d'Erben. — Méthode d'analyse due au médecin militaire, Dr Franz. Sans entrer dans les détails opératoires pour lesquels nous renvoyons au texte original, donnons, en résumé, les résultats proposés par l'auteur :

a) Le chyle humain fournit exactement les mêmes acides gras et la même saponification que la graisse; *b*) la matière grasse du chyle est formée des glycérides des acides oléique, stéarique, palmitique et myristique. La trialine est la partie principale; la tristéarine est égale au triple de la tripalmitine, tandis que la trimyristine n'existe qu'en petite quantité; *c*) la matière grasse du chyle contient une faible quantité (1,68 0/0) d'acides gras libres, ainsi que l'avait établi Munk et Rosenstein. Il y a 0,56 0/0 de lécithine et 1,71 0/0 de cholestérine, quantités qui varient, d'ailleurs, avec l'alimentation; *d*) la différence entre la matière grasse du chyle et celle du pannicule adipeux de l'homme (4), consiste en ce que, dans la première, il y a plus d'oléine, et des rapports inverses entre palmitine et stéarine.

THÉRAPEUTIQUE

L'hélénine et ses applications thérapeutiques

L'hélénine, corps solide cristallisé en prismes quadrangulaires incolores, insoluble dans l'alcool chaud, l'éther, les essences, le kérosolène, donne des résultats thérapeutiques remarquables bien mis en lumière par le Dr de Korab dans diverses communications, notamment à la Société de Biologie et à l'Académie des Sciences. Elle calme la toux, tarit l'expectoration, facilite la respiration, est douée d'un véritable pouvoir bactéricide. Elle a, en outre, une action préventive et curative sur l'hémoptysie, excite l'appétit, facilite la digestion. C'est, en somme, le médicament de choix des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire. On la prescrit sous la forme de *globules d'hélénine du Dr de Korab*, à la dose de 3 à 6 par jour.

(1) Laboratoire de chimie medicale de Vienne (*Hoppe Seyler's Zeitsch.*, 1900, p. 436 et suivantes).
(2) *Fluger's Archiv. fur Physiol.*, 1875, Bd. 10.
(3) Page 440.
(4) Oléine = 89,80 0/0; acide palmitique = 8,16 0/0; acide stéarique = 2,04 0/0 (Langer, 1881).

CORRESPONDANCE

Les psychiatres et la psychiatrie en France, appréciés par le Dr Jacoby (d'Orel, Russie).

Monsieur le Rédacteur,

Le *Progrès médical* a publié, dans son numéro du 23 mars, une violente attaque de M. Keraval contre mon livre (1), mes idées et ma personne; je m'adresse à votre impartialité pour vous prier de vouloir bien insérer ma réponse.

M. Keraval et moi sommes de vieilles connaissances. Il y a trente ans il critiquait ma thèse, qu'il trouvait « d'un mysticisme vertigineux » : il s'agissait de l'action réflexe! On avait reproché à mes « études sur la sélection » de ne voir dans les plus hauts problèmes de l'histoire et de la sociologie que des questions de pathologie mentale et d'anthropologie; moi-même je ne croyais pas être trop spiritualiste. Comme on se trompe! Voici que M. Keraval me reproche de nouveau mon spiritualisme. Je ne doute certainement pas de la très grande science psychiatrique de mon confrère, mais il faut avouer que comme psychologie c'est faible.

Mon critique pose deux points : 1) mes idées en général, et mes appréciations des aliénistes français en particulier, sont faussés; 2) elles seraient justes qu'un étranger n'aurait pas le droit de les énoncer, et moi personnellement moins que tout autre. Mon livre compte près de 700 pages, sur lesquelles M. Keraval s'en est fait traduire *dix*. Malheureusement il s'était adressé à une personne absolument ignorante de la littérature psychiatrique et peu habituée aux choses littéraires en général; d'ailleurs cette personne paraît avoir désappris le russe et n'avoir appris que l'auvergnat. De son côté M. Keraval a eu le grand tort de n'avoir pas traduit en français vulgaire le charabia de son collaborateur, et d'insérer — en *italique*, s. v. p.! — des phrases de cet acabit : « *enfermer toute la vie un malheureux* »... « *ces appels hystériques à la garde de nullités intellectuelles exaspérées par crainte de ce qu'ils possèdent* »..., etc. Je ne prendrai pas ici la défense de mes idées; on ne résume pas en quelques lignes 700 pages grand format et des milliers de chiffres. J'ai entrepris une campagne pour réclamer la réorganisation complète du service des aliénés, particulièrement défectueux en Russie, et une législation spéciale sur le régime des aliénés. Sur mes instances un grand nombre de Conseils généraux (zemstwo) avaient émis des vœux dans ce sens, et mon livre est présenté comme exposé des motifs. Actuellement la question est mise à l'étude au ministère de l'Intérieur ainsi qu'à celui de la Justice; j'ai donc gain de cause. Mais mon livre et le mouvement qu'il avait créé, lésant certains intérêts et froissant certains amours-propres, provoquèrent des haines furieuses dans notre pays. Voici qu'un aliéniste français se met de la partie; on peut donc s'attendre à ce qu'il soit suivi de tel confrère allemand, autrichien, suisse, surtout de quelque administrateur belge. L'amour-propre de l'aliéniste primerait-il l'intérêt de l'aliéné?

M. Keraval appelle les partisans du no-restraint des « *néo*-thérapeutes. Cette *néo*-thérapeutique est en effet toute récente : elle est de 1837 (Drs Hill et Charlesworth); Conolly (à Hanwell) en a fait un corps de doctrine en 1856 ; on le voit, elle ne date que d'un demi-siècle. D'ailleurs M. Keraval « envisage les faits et les méthodes au point de vue *réel, pratique* », et le no-restraint n'est appliqué qu'en Angleterre, en Ecosse, en Allemagne, en Hollande, en Suède, dans le Danemark, dans certaines parties de l'Autriche, de la Suisse, de l'Italie, de la Russie... et aussi de la France.

M. Keraval cite avec indignation des passages de mon livre, où il est question : 1) d'aliénistes se plaignant de ne pouvoir obtenir des tribunaux la réclusion à vie pour vol, pour scandale de rue; 2) de directeurs d'asiles faisant leur visite « au son du tambour, de la trompette guerrière » (c'est bien pompeux! Dans mon texte il s'agit du vulgaire clairon). Il aurait pû en citer de pires : sur les aliénistes qui réclament pour les aliénés guéris le ban des forçats libérés; sur d'autres qui demandent que les femmes guéries d'une vésanie puerpérale

(1) *Principes de psychiatrie administrative* (russe).

soient tenues de notifier aux autorités tout commencement de grossesse (par conséquent tout arrêt des règles? Peut-être chaque cas de relations sexuelles?); sur des médecins d'asiles qui « ne connaissent en fait de thérapeutique des maladies mentales que le vésicatoire et le vomitif, administré *à tort et à travers* (*sic!*) dans le bouillon, dans le vin »; sur des directeurs-médecins qui se considèrent « comme des grands propriétaires ruraux, des directeurs d'établissements pénitentiers ». Tout cela n'est-il pas abominable? J'en conviens. Tout cela se trouve-t-il dans mon livre? Je l'avoue. Mais voilà : si M. Keraval lisait dans les journaux aliénistes français, il saurait que ce sont *des citations textuelles de ce qui avait été dit à la Société médico-psychologique*. C'est que les *Archives de Neurologie*, la *Revue de psychiatrie*, les *Annales médico-psychologiques* sont lus dans le monde entier au moins autant que l'*Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie* et le *Centralblatt fur Nervenheilkunde und Psychiatrie*, et certainement plus que l'*Archiv fur Psychiatrie*, le *Neurologisches Centralblatt*, le *Journal of Mental Science*, la *Rivista sperimentale di Psichiatria*, etc. Nous tous, aliénistes étrangers, et aliénistes français, nous lisons ces journaux — dame! Que voulez-vous! Tout le monde ne peut pas être d'Armentières. Je n'avais donc pas à « divulguer » ce qu'on proclamait bien haut, ce qui était tiré à des milliers d'exemplaires et distribué par la poste dans les cinq parties du monde. Le *parti du statu quo*, comme l'appelle par euphémisme M. Keraval, avait été jugé par bien d'autres que moi. Le Pr Simerling, chargé d'une mission psychiatrique en Angleterre, en France et en Belgique, dans son rapport lu à la Société psychiatrique de Berlin, ne se montre pas bien enthousiaste des asiles parisiens d'alors, et ne fait exception (« eine rühmliche Ausnahme » il est vrai) que pour le service de M. Magnan; heureusement il en aurait fait encore d'autres maintenant. Le Dr Bajiénoff, chargé également d'une mission par le Conseil général de Karkoff, dans son rapport (en 1896) englobe toute la France psychiatrique dans ce « parti du *statu quo* »; aussi la déclare-t-il *arriérée*. Dans mon livre j'étudie les principes d'une organisation rationnelle du service des aliénés; principes médicaux, administratifs, financiers, architecturaux, législatifs, sociaux; passant en revue tous les pays de l'Europe, pouvais-je omettre le pays de Pinel, d'Esquirol, de Morel, de Lassègue? Ce serait plus qu'une inconvenance, plus qu'une niaiserie. Fallait-il passer sous silence les déclarations de MM. X. Y. et Z., et ne parler que de MM. Magnan, Marandon de Montyel, Toulouso, etc.? On m'aurait ri au nez : la discussion à la Société médico-psychologique avait fait assez de bruit dans le monde pschiatrique. M. Keraval fait intervenir la France dans le débat. Permettez! La France n'est pour rien dans les singulières déclarations des « partisans du *statu quo* ». On admet généralement qu'un pays est représenté par son avant-garde intellectuelle, non par ses retardataires. Un des adversaires les plus marquants de la « néo-thérapeutique », puisque néo-thérapeutique il y a, déclare faire actuellement ce que lui avait enseigné, à Stéphansfed il y a trente ans, son maître, lequel, à son tour, l'avait vu faire à Esquirol et à Leuret. Ce confrère étant un français, trouver qu'il est quelque peu en retard, c'est, paraît-il, manquer de déférence à la science française — que dis-je! à la France elle-même. Nous n'aurions donc qu'à nous incliner et à lui donner raison? Les choses se passent ainsi dans la gendarmerie — Nadaud l'assure — mais pas dans la science, n'en déplaise à M. Keraval. D'ailleurs, si le confrère en question est français, M. Marandon, qu'il persiffle si agréablement, est également français. Il me semble aussi que MM. Magnan, Bourneville, Toulouse, Collin, Solier, tant d'autres « néo-thérapeutes » dont je parle avec le plus grand respect, avec la plus vive sympathie, dont les travaux, cités à chaque page de mon livre, ont porté si haut le renom de la psychiatrie française, ne sont pas des étrangers non plus. Enfin, ce sont des français aussi, ces aliénés qui dans certains services, « bouclés » dans leurs camisoles de force, meurent avec tant d'entrain (21,5 0/0!) et guérissent si peu (4,5 0/0, et même 1,33 0/0), ces malades qu'on trouve inutile de soigner puisqu'il est décidé qu'ils sont des *amputés du cerveau*. Est-il permis de plaider leur cause sans manquer à la France? Je suis un admirateur passionné de la France, de son génie, de sa littérature, de sa société, de sa science; j'ai fait la campagne de 1870-71, et, à en croire des documents officiels, je n'ai pas fait plus mal qu'un autre mon devoir; mes sympathies françaises m'ont même valu en Russie l'accusation d'être un « sans-patrie »; nous avons aussi nos nationalistes. Mais il est au moins singulier de mêler le grand nom de la France à nos débats. L'organisation du service des aliénés est d'ordre administratif, et, comme telle, est le résultat et un indice de la mentalité des détenteurs du pouvoir, individus ou classe. Or il est bien rare qu'un gouvernement quel qu'il soit, représente réellement, et non d'une façon conventionnelle, le génie du pays, son individualité historique, intellectuelle et morale, ses aspirations sociales; aussi ces facteurs d'ordre général ne peuvent avoir que peu d'influence sur l'organisation des asiles, qui est déterminée exclusivement par les tendances sociales de la classe dirigeante, et surtout des aliénistes. M. Keraval fait observer très justement que tous les pays civilisés ont leurs plaies, et que la Russie n'en est pas exempte. Il a plus raison qu'il ne croit. Quel bonheur serait le nôtre si la Russie n'avait que les plaies qu'on reproche à la France! Mais ce n'est pas en les cachant ou les niant — ce qui est en même temps enfantin et criminel — qu'on les guérit. Discutons donc le no-restraint, les méthodes de traitement, le système des grands et des petits asiles, le 0/0 des guérisons, mais ne faisons pas du nationalisme, et surtout, M. Keraval, surtout ne taillez pas vos camisoles de force dans le drapeau de la France.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de ma haute considération. Dr Paul Jacoby,

Médecin en chef de l'asile provincial d'Orel (*Russie*).

RÉPONSE.

Je n'ai pas besoin de faire une bien longue réponse à la lettre précédente. Le caractère de M. Jacoby y apparaît dans son plein. Je n'ai pas écrit, il y a trente ans, la critique de sa thèse, parceque, il y a trente ans, je n'écrivais pas; j'avais dix-neuf ans.

J'ai lu moi-même, ne lui en déplaise, son travail en russe, et ma foi, je l'ai certainement étudié, car il est évident que la langue russe n'est pas une langue courante. Je maintiens, et je l'ai prouvé, que les pages 127-137 constituent un pamphlet haineux et déplacé. Peut-être mon style français se ressent-il du style russe, mais les phrases citées par M. Jacoby n'ont pas de tare, surtout si M. Jacoby veut bien rectifier. Je n'ai pas mis : « par crainte de ce qu'ils possèdent, » mais bien « par crainte *pour* ce qu'*elles* possèdent »; *ils* est une erreur typographique pour *elles*.

Je n'ai pas dit que M. Jacoby eût tort d'analyser, de critiquer ce qui se fait dans le monde. Il suffit de lire mon article pour se rendre compte que je sais tout aussi bien que lui, qui est à Orel, au lieu d'être à Saint-Pétersbourg, comme moi je suis à Armentières, au lieu d'être à Paris, tout ce qui se passe ailleurs qu'en mon pays et aussi en France. M. Jacoby n'est pas seul documenté au moyen des journaux et des voyages, mais il est le seul qui dénonce un médecin dans le service duquel il s'est introduit *incognito* : je fais allusion à sa petite note de la page 136 sur M. Vallon, que je n'ai pas voulu citer en entier, par délicatesse,

J'ai, du reste, plutôt atténué les agressions de l'auteur.

Mais j'ai montré que M. Jacoby insultait la France, en l'appelant la France du Panama, etc., etc., qu'il insultait les journalistes français en les accusant de vendre leur pays, de même que les députés du Parlement français. J'ai prouvé qu'il mêlait gratuitement des histoires intimes, qui ne le regardent point, à des questions scientifiques. J'ai précisé avec modération les injures qu'il a prodiguées à certains psychiâtres.

M. Jacoby passe sous silence les passages que j'ai signalés, et il essaie d'arranger les choses. Pour mieux donner le change, se servant du style pompeux qu'il me reproche, il me conseille de ne pas tailler mes camisoles de force dans le drapeau de la France. Qu'en sait-il? Trop d'esprit nuit. Jamais il ne réussira à effacer les passages bilieux que j'ai bien et exactement reproduits. P. Keraval.

BIBLIOGRAPHIE

La pratique du massage; Conférences faites aux écoles d'infirmiers et infirmières des hôpitaux de Paris; par DE FRUMERIE. (Vigot frères, éditeurs.)

Ces conférences, destinées à un public peu au courant de l'art médical, ont pour but d'obtenir des aides initiés dans l'art de masser sous indications du chef de service ou plutôt de l'interne. L'idée est excellente et mérite des éloges de ceux qui savent combien est précieux un infirmier ou une infirmière sachant employer les différentes manœuvres de la massothérapie.

M. de Frumerie s'acquitte très bien de sa tâche. Il divise ses conférences en trois parties : dans la première, il discute les différentes manœuvres du massage : effleurage, pétrissage, écrasement, tapotement (frappement, claquement) et vibration.

Dans la deuxième partie, il traite la physiologie des muscles en rapport avec les mouvements des différentes portions du corps humain; par exemple, la flexion du bras est produite par le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur, le rond pronateur, etc. Le dos est étendu par le trapèze, le rhomboïde, le grand dorsal, etc.; le torse est plié par le grand droit de l'abdomen, le pyramidal, le grand oblique, etc., etc.

Dans la troisième partie, l'auteur s'occupe de l'application du massage aux différentes parties du corps. Quelques notions anatomiques précèdent le manuel opératoire de différentes régions. Ces notions sont suffisantes pour permettre à l'infirmier de savoir ce qu'est un groupe antérieur des muscles de l'avant-bras, de la jambe droite ou gauche, de la cuisse, etc.

En terminant, l'auteur attire l'attention de ses élèves sur les différents cas, où l'application du massage est justifiée par les résultats obtenus :

11 beaux cas : entorses, atrophie musculaire, rhumatisme musculaire (myosites), synovites, roideur articulaire, affections périarticulaires, torticolis, résultats positifs.

21 cas difficiles : massage abdominal, massage des organes des sens, du larynx, du cou, du nez, maladies nerveuses, hémiplégies, massage gynécologique doivent être pratiqués par un médecin spécialiste et non plus par un masseur.

31 cas de soulagement : arthrites, rhumatisme articulaire, ankyloses, sans résultats définitifs. — 41 contre-indications, toutes les suppurations, affections tuberculeuses, hygromas.

Dr P. KOUINDJY.

Traité des varices des membres inférieurs et de leur traitement chirurgical; par Ch. REMY, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, 56 figures et 2 planches ; (Vigot frères, éditeurs).

Dans la première partie de son travail, l'auteur fait successivement l'anatomie normale des veines des membres inférieurs, l'anatomie pathologique des varices, l'étude clinique des varices et de leurs complications. Un nouveau procédé d'investigation, la radiographie, est appliqué à l'étude des veines injectées de poudres métalliques, et permet de mettre en évidence certaines dispositions vasculaires que la dissection n'avait point montrées. L'étude clinique est aussi complète que possible ; les complications, en raison de leur importance, y tiennent une place considérable. M. Remy semble avoir mis le plus grand soin pour établir une bonne classification des formes cliniques. Ce sont elles qui vont donner les indications thérapeutiques, et orienter le traitement. Ce dernier chapitre, celui du traitement, est la partie originale et vraiment personnelle de l'ouvrage, celle qui présente le plus grand intérêt. Guidé par son expérience, M. Remy trace avec netteté les indications du traitement chirurgical et fait valoir les meilleures méthodes d'intervention. Il ne faut pas attendre des indications résultant de la gravité du mal. Au contraire, il faut prévoir le développement du mal et le faire disparaître dès qu'il se montre. Il faut intervenir avant les complications.

Le traitement non opératoire des varices est long, difficile à suivre, impossible même pour les travailleurs. De ce fait, résulte une nouvelle indication que l'auteur résume par cette phrase : « le meilleur traitement sera l'opération, si le malade est pauvre ». Parmi tous les procédés chirurgicaux mis en usage contre les varices, il en est deux principaux, qui sont à peu près les seuls employés par l'auteur : l'*extirpation* ou bien la *valvule artificielle*. L'extirpation, c'est l'ablation entre deux ligatures de toute l'étendue des veines malades. La création d'une valvule artificielle (opération de Trendelenburg) consiste en la résection au-dessus du genou de la veine saphène.

Chaque variété clinique a ses indications spéciales :

1° *Varices localisées ou paquets variqueux* : Le procédé à employer, c'est l'extirpation totale. Il donne de bons résultats. La valvule artificielle n'aurait aucune utilité, le tronc de la saphène n'étant pas distendu. C'est par les communicantes que le sang afflue dans les varices superficielles ; le reflux se fait des muscles vers la périphérie. Par cette opération, les communicantes sont supprimées.

2° *Varices à reflux cardiaque* : Dans ce cas, les varices s'étendent de la jambe aux oreillettes du cœur ; l'ouverture d'une grosse saphène à la jambe serait aussi grave qu'une plaie du cœur et dont le sang pourrait s'écouler en quelques minutes. Dans ces conditions, l'extirpation totale est impossible. Il y a au contraire indication formelle à la création de valvules artificielles sur la saphène à la cuisse. Après la création de cette valvule, on peut, et même on doit dans certains cas (si les varices sont volumineuses, si certaines d'entre elles menacent la peau) pratiquer la résection de toutes les veines malades accessibles.

3° *Cyanose variqueuse* : Dans cette forme où les lésions veineuses sont généralisées, et s'étendent d'emblée aux capillaires, l'expérience a démontré à l'auteur que l'extirpation ne donne pas de bons résultats et qu'il faut se borner à la création d'une valvule artificielle quand on a constaté le reflux cardiaque.

4° *Varices de Verneuil* : Sur ces varices intra-musculaires on ne peut faire aucune intervention chirurgicale.

5° *Varices des veines profondes ou des communicantes* : on peut assez facilement extirper les veines tibiales et péronnières ; mais, c'est surtout les veines superficielles qu'il faut traiter, ce sont elles qui sont à craindre parce qu'elles produisent les accidents cutanés. Au lieu de faire la résection profonde. M. Rémy se contente de détruire les paquets variqueux qui font communiquer les tibiales et la saphène interne au-dessous et en dedans du mollet.

6° *Sciatique variqueuse* : A l'exemple de Quénu on doit enlever, dans certaines névralgies, les varices qui se développent autour du nerf sciatique.

7° *Varices de la grossesse* : Ces varices, causées par un phénomène nerveux vaso-moteur, disparaissent souvent spontanément après l'accouchement. Il n'y a pas à intervenir. Enfin M. Rémy a recours à des moyens chirurgicaux dans certaines complications comme la phlébite et l'ulcère variqueux.

Phlébite variqueuse : Si la phlébite est de la forme adhésive et localisée le repos suffit. Il suffit même dans la plupart des cas de phlébite en plaques étendues ou de phlébite à la fois superficielle et profonde. — S'il s'agit de la forme adhésive envahissante, il faut, après l'essai des moyens palliatifs, extirper la veine avec le caillot qu'elle contient en plaçant une ligature au delà des limites du mal sur les vaisseaux sains. Quand la phlébite menace de suppurer, faites des ligatures pour fermer le vaisseau malade et empêcher la diffusion de la suppuration. Ensuite, suivant les besoins, extirpation ou ouverture du vaisseau. S'il y a des phlegmons compliquant la phlébite, cherchez les vaisseaux qui ont fourni le pus pour les réséquer en totalité. Quand des signes d'infection purulente apparaissent, redoublez de hardiesse et cherchez avec obstination le vaisseau qui contient le foyer d'infection.

Ulcère : Tout ulcère adhère à une veine qui l'entretient. Il faut aller chercher la veine sur laquelle repose l'ulcère et l'extirper. Si la forme variqueuse est compliquée de reflux cardiaque, il faudra ajouter la valvule artificielle fémorale.

Tel est le livre de M. Rémy. Il comprend, comme nous l'avons dit, deux parties ; l'une originale, le traitement ; l'autre, qui n'est que la mise au point et la présentation sous une forme intéressante, de toutes les études qui ont été faites jusqu'ici sur les varices.

POULARD.

CONSEIL MUNICIPAL

Séance du 30 décembre.

Les habitations du personnel secondaire dans les hôpitaux de Paris.

M. Jules AUFFRAY. — J'arrive au sous-chapitre 8, à propos duquel M. Labusquière a prononcé le mot grave d'attentat contre l'hygiène et la santé des infirmiers et des infirmières.

M. Pierre MOREL. — Et M. Labusquière a eu grandement raison.

M. Jules AUFFRAY. — Ainsi, il est bien certain que si la situation lamentable de certains dortoirs d'infirmiers datait de mai 1900, l'attentat serait à la charge exclusive de la majorité, qui va vous proposer de supprimer non pas le crédit total d'augmentation de 173,000 francs, mais de le réduire d'une somme de 50,000 francs. Mais ce n'est pas d'aujourd'hui qu'il en est ainsi. Dans tous les rapports, depuis plus de dix ans, je relève les mêmes constatations, les mêmes plaintes, et, en dernier lieu, c'est en 1899, dans un rapport à la valeur duquel j'ai, plus que tout autre, le devoir de rendre hommage, qu'a été signalé ce que vous appelez et ce que nous appelons avec vous, si vous y tenez, un attentat.

Donc, s'il y a attentat, pendant neuf ans vous en avez été les auteurs ; et, s'il y a faute, vous en supportez depuis longtemps toute la responsabilité. *(Bruit. Approbation. — Protestations.)*

M Pierre MOREL. — Nous avons été les premiers à signaler le mal. — M. NAVARRE. Nous avons amélioré la situation du personnel secondaire, il fallait d'abord lui fournir le moyen de vivre. — M. CHÉROT. Il fallait commencer par le plus pressé. *(Bruit.)*

M. NAVARRE. — Nous avons fait ce que nous avons pu, et c'est de ce côté (l'orateur désigne la droite) que nous nous sommes toujours heurtés à une résistance incoercible.

M. Jules AUFFRAY. — Puisque vous qualifiez d'attentat le fait de ne pas loger les infirmiers hors de dortoirs très défectueux, comment n'avez-vous pas paré à cette chose urgente, au plus pressé, au lieu de relever les traitements, chose utile, désirable, excellente, mais moins urgente que cette transformation des logements, puisqu'on ne peut pas dire qu'il y eût attentat à ne pas relever immédiatement le traitement du personnel secondaire? Si vous estimez aujourd'hui que ne pas faire de réformes dans les dortoirs et logements d'infirmiers constitue un attentat, je répète que depuis des années vous avez commis cet attentat. *(Bruit.)*

M. LANDRIN. — Nous avons constamment amélioré la situation du personnel secondaire.

M. Jules AUFFRAY. — Sur ce chapitre, on proposait une augmentation de 173,000 francs ; nous réduisons 50,000 francs et nous maintenons 123,000.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Une partie de ces 173,000 francs venaient de rattachements d'autres chapitres. Autrefois, les dépenses du personnel secondaire étaient éparpillées dans des articles qui ont été rattachés au sous-chapitre 8. La somme intégrale de 173,000 francs ne constitue donc pas une augmentation.

M. Jules AUFFRAY. — Nous ne refusons pas de transformer en indemnité de logement le logement en nature accordé à des infirmiers mariés à des infirmières. Ce sont les nécessités budgétaires qui nous obligent à n'agir que progressivement. L'Administration aurait d'ailleurs un moyen de parer de suite au vice des logements insalubres. Les fonds du Pari mutuel, à tort selon moi, ne sont consacrés qu'à des fondations et non à des dépenses courantes. Mais, puisque le transport des infirmiers hors des hôpitaux n'est pas encore un principe définitivement consacré par l'expérience, l'Administration pourrait demander au Paris mutuel une somme suffisante pour construire dans les hôpitaux des dortoirs et logements d'infirmiers, sauf à les transformer en salles ou services annexes d'hôpitaux le jour où il serait admis que tous les infirmiers doivent être logés hors des hôpitaux.

En définitive, on nous rencontrera toujours lorsqu'il s'agira d'améliorer le traitement matériel et de relever la situation morale du personnel des infirmiers et infirmières laïques. Je dirai même que c'est un devoir impérieux, un devoir de probité, dès lors qu'on s'adresse à un personnel, qu'il soit laïque ou congréganiste, de faire en sorte qu'il soit aussi bien traité que possible, aussi relevé, comme situation morale, que l'exige l'intérêt des malades.

Jamais les religieuses n'auraient accepté les bouges insalubres dans lesquels on met encore les infirmiers et les infirmières laïques. Les communautés étaient en général très bien installées, ainsi que nous avons pu le constater. En effet, nous avons visité la Communauté de l'hôpital Saint-Louis, en allant donner des soins à une religieuse ; nous avons visité en détail la communauté de l'Hôtel-Dieu, avec Mme la Prieure, que nous avions connue à Saint-Louis ; nous avons visité la communauté de l'hôpital Tenon, celle de Laënnec, celle de la Pitié à l'occasion des rapports dont nous avons été chargés par le Conseil municipal pour la *transformation* de ces communautés en logements pour les laïques.

Depuis 1877 jusqu'à ce jour, nous n'avons pas cessé de signaler l'état abominable des *habitations du personnel secondaire*. Dans tous nos discours, aux distributions de prix, nous sommes revenus sur cette réforme *urgente* : Reproduire tout ce que nous avons dit n'est pas possible ici. Nous nous bornerons à quelques citations :

1° *Année* 1881. — Extrait de notre discours à la Salpêtrière :

« La plus importante des améliorations d'ordre matériel a consisté en l'introduction, à la Salpêtrière, de dix nouveaux hommes de peine, destinés à faire la grosse besogne qui était autrefois imposée aux infirmières. Le Conseil municipal, en décidant cette amélioration, a voulu manifester son vif désir de relever les fonctions d'infirmière.

« D'autres améliorations dans votre situation ont été réclamées : elles concernent plus particulièrement votre situation matérielle. Le Conseil a appelé l'attention de l'Administration sur la nécessité de varier votre alimentation, d'étudier les projets pour vous fournir des logements plus salubres pour délivrer aux surveillantes, surveillants, etc., les aliments en nature. Nous ne doutons pas que M. le Directeur de l'Assistance publique ne fasse examiner toutes ces demandes avec soin et ne donne bientôt satisfaction au Conseil municipal. »

2° *Année* 1882. — Extrait de notre discours à la Salpêtrière. Après avoir rappelé diverses amélioriations, nous ajoutions :

« Ce n'est pas à dire, toutefois, qu'il n'y ait plus rien à faire, que nous soyons arrivé à vous placer dans des conditions tout à fait convenables. Certes non. Pour réaliser le but poursuivi par le Conseil municipal, il reste encore beaucoup à faire. Chaque fois que l'occasion s'en est présentée, je n'ai pas manqué de signaler à l'attention de mes collègues et de l'Administration *l'état véritablement déplorable des logements* dans lesquels les infirmières et les infirmiers des hôpitaux sont condamnés à demeurer. Et chaque fois qu'il s'est agi d'installer dans des hôpitaux de nouvelles habitations pour vous, j'ai demandé qu'on vous donnât des *habitations salubres* ; j'ai demandé qu'au lieu de vous installer dans des *dortoirs communs*, on mit à votre disposition des CHAMBRES PARTICULIÈRES. Grâce à l'appui que j'ai trouvé dans mon excellent ami, M. Thulié, président de la Commission de l'Assistance publique du Conseil municipal, j'ai obtenu dans le pavillon Moïana, à l'hôpital Saint-Antoine, à l'hôpital des Enfants-Malades, que chaque infirmière aurait une chambre particulière. Chaque fois enfin que j'ai eu à faire des rapports au Conseil, j'ai insisté pour que les appropriations des anciennes communautés religieuses à l'usage des habitations des sous-surveillantes laïques, soient faites, autant que possible, dans les meilleures conditions.

« Je ne fais donc que poursuivre la réalisation des vœux du Conseil municipal en demandant, aujourd'hui à M. le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique de vouloir bien étudier avec l'activité que l'on est en droit d'attendre d'un administrateur républicain, l'installation à la Salpêtrière de logements convenables et distincts pour vous. »

3° *Année* 1884. — Extrait de notre discours à Bicêtre :

« Bien des fois déjà, soit dans la presse, soit au Conseil municipal, soit dans les distributions de prix, j'ai appelé l'attention de l'Administration sur les *logements des sous-employés* de tous grades et sur leur *nourriture*. Je crois nécessaire d'y revenir encore une fois. J'ai visité, il y a quelques années, d'une façon très complète, cet hospice. Il m'était resté une triste impression de cette visite, à bien des points de vue, mais surtout en ce qui concerne vos dortoirs, vos logements. Quelques améliorations ayant été réalisées depuis cette époque par l'Administration, j'ai voulu faire une nouvelle visite, et j'ai constaté qu'il existait encore beaucoup de logements insalubres et qu'il est du devoir de l'Administration de les remplacer à bref délai.

« Quant à la *nourriture* des sous-employés, depuis les surveillants jusqu'aux infirmiers et infirmières qui débutent, elle exige des améliorations sérieuses. Je ne veux pas insister; je me bornerai à dire que les infirmiers et les infirmières, sur *seize repas* consécutifs, ont eu *douze fois du bœuf*. Cette petite statistique juge la question. »

4° *Année* 1885. — Extrait du discours de la Pitié :

« Quant aux améliorations matérielles, j'ai réclamé notamment que l'on vous donnât une *nourriture* mieux préparée et mieux variée. Ce qu'on a fait dans ce sens est loin d'être suffisant. J'ai signalé la nécessité de *remplacer les dortoirs communs par des chambres*. Ces améliorations sont incontestablement dues à des hommes et à des femmes qui consacrent les uns leurs jours, les autres leurs nuits, à donner des soins à des malades; qui passent douze ou quinze heures dans des salles dont l'atmosphère est si profondément viciée. J'ai visité les trois dortoirs des infirmiers et les trois dortoirs des infirmières de l'hôpital de la Pitié; ils sont disséminés dans les divers bâtiments de l'hôpital; tous sont installés dans les greniers, encombrés au delà de toute mesure, dépourvus de cabinets d'aisance, de lavabos, et la plupart de tables de nuit. Rien de plus triste et de plus insalubre que ces dortoirs, rien de plus contraire à l'humanité. Je ne doute pas, M. le Directeur, qu'après avoir visité ces dortoirs, vous ne partagiez mon opinion et que vous preniez *d'urgence* les mesures nécessaires pour remédier à une situation aussi regrettable. »

5° *Année* 1885. — Extrait du discours à la Salpêtrière :

« Les logements actuels, surtout les dortoirs des infirmiers et des infirmières exigent une transformation immédiate dans la plupart des établissements. Nous en avons cité un exemple tout à fait démonstratif à l'hôpital de la Pitié. Ici, s'ils ne réalisent pas l'idéal, on peut dire qu'ils ont le cube d'air voulu, qu'ils sont propres et très bien tenus. Il y manque des armoires suffisamment grandes et de l'eau. Nous désirerions voir aussi des lits séparés par des cloisons formant des boxes, de sorte que chaque infirmière soit le plus possible chez elle.

« Il y aurait certes mieux à faire et nous signalons ce projet à nos amis du Conseil municipal : ce serait de bâtir, à la Salpêtrière, un pavillon pour le personnel secondaire, analogne à ceux qui, sur notre proposition et d'après notre programme, viennent d'être construits à l'asile de Villejuif. Nous croyons que ces pavillons peuvent, dans l'espèce, servir de modèle, de même que le pavillon des logements des internes, de l'hôpital Saint-Antoine, doit servir de modèle dans l'avenir chaque fois que l'on aura des logements à construire pour les internes. »

Et nous avons fait les mêmes réclamations les années suivantes, en ajoutant de nouveaux détails pour en établir le bien-fondé. En 1899. à la Pitié. nous disions :

« A part quelques améliorations de détail, qui ont été réalisées par votre directeur, et dont nous vous avons entretenus l'an dernier, ils sont restés dans le même état abominable. Il y a des projets en cours, soumis au Conseil de surveillance, examinés par une Commission, qui, après rapport, seront discutés et renvoyés au Conseil municipal. Souhaitons qu'ils se réalisent promptement et qu'ils soient complets, dignes de la Ville de Paris. Nous avons considéré comme un devoir, chaque année, de mentionner les trop rares améliorations réalisées. Ici, comme dans un trop grand nombre d'hôpitaux, il s'agit véritablement d'une question d'humanité. La statistique des maladies qui ont frappé les infirmiers et infirmières de cette maison, depuis le 1er juillet 1898 jusqu'au 30 juin 1899, est en partie la conséquence de l'insalubrité des logements. »

A la Salpêtrière, toujours en 1899, après avoir indiqué les réformes nécessaires, notamment la création d'une *bibliothèque*, d'un *musée*, d'une *salle de réunion* pour les infirmiers et les infirmières, nous ajoutions :

« C'est en réalisant ces formes, en supprimant l'habitation en commun, c'est-à-dire des dortoirs, en donnant des CHAMBBES DISTINCTES que l'on assurera un *meilleur recrutement* du personnel secondaire. Que de femmes sérieuses, dignes, instruites, consentiraient à se mettre au service des malades si elles étaient assurées d'avoir des conditions matérielles convenables, salubres ! »

Nous avons profité de la présence aux distributions des prix de M. Peyron, de M. Derouin, de conseillers municipaux pour leur faire visiter les dortoirs des infirmiers et infirmières, notamment à Bicêtre et à la Pitié. Tous ont reconnu la nécessité d'une réforme complète; malheureusement l'acte n'a pas suivi la parole. Souhaitons que le nouveau Conseil fasse mieux que l'ancien et réalise promptement la réforme que nous réclamons depuis une vingtaine d'années, c'est-à-dire donne aux infirmiers et infirmières des habitations individuelles, salubres, et convenablement aménagées. BOURNEVILLE.

VARIA

Au sujet des prescriptions de médicaments d'un prix élevé.

M. THILLOY, secrétaire général de l'Assistance publique, a adressé aux Médecins et Chirurgiens des hôpitaux la lettre suivante :

« Monsieur le Docteur,

« Mon intention a été appelée sur l'accroissement des dépenses de la pharmacie centrale des hôpitaux provenant de l'augmentation de la consommation de certains médicaments d'un prix élevé, et j'ai institué une Commission, composée d'un certain nombre de vos collègues, dans le but de rechercher s'il ne serait pas possible de réaliser des économies dans les dépenses de la Pharmacie, au moyen du remplacement de quelques produits pharmaceutiques par d'autres moins coûteux donnant des résultats similaires, et de la diminution de consommation de certains autres. Conformément à l'avis de cette Commission, j'ai l'honneur de vous informer que la prescription des substances suivantes sera désormais réservée aux seuls chefs de service : Musc, 4.500 francs le kilogramme; Acide osmique, 3.500 francs le kilogramme; Pilocarpine et ses sels, 3.000 francs le kilogramme.

« Les bons de prescription de ces produits devront être écrits et signés de votre main. Le musc ne sera délivré qu'en nature et non plus sous forme de teinture. En ce qui concerne la pilocarpine, la Commission a signalé que, dans beaucoup de cas, ce médicament peut être remplacé par la teinture de jaborandi, d'un prix beaucoup moins élevé. D'autre part, la codéine a vu sa consommation passer en douze ans de 2 à 45 kilogrammes et son prix de 400 à 700 francs le kilogramme, soit une dépense annuelle de plus de 30.000 francs. Dans un grand nombre de cas, la codéine peut être remplacée par le chlorhydrate de morphine (250 franc le kilogr.) qui agit à dose notablement moindre, et, dans le julep tolu-codéine si fréquemment prescrit, le sirop de codéine peut céder la place aux sirops de morphine ou d'opium ou même au sirop diacode qui coûtent trois fois moins cher.

« En dehors de ces substances, j'appelle particulièrement votre attention sur les prix élevés des produits suivants dont l'Admitration vous serait reconnaissante de réduire la consommation dans la mesure du plus strict nécessaire : Digitaline cristal-

lisée, 30.000 francs le kilogramme : Ergotinine, 35.000 francs le kilogramme ; Homatropine, 20.000 francs le kilogramme ; Pelletiérine, 4.000 francs ; Hyoscyamine, 3.500 francs le kilogramme ; Esérine, 3.500 francs le kilogramme ; Atropine, 1,500 francs le kilogramme ; Apomorphine, 1,200 francs le kilogramme ; Aconitine, 1.200 francs le kilogramme ; Cocaïne, 800 francs le kilogramme ; Sels d'or, de platine, de palladium, de 3,000 à 5.000 francs le kilogramme.

« Il en est de même des médicaments nouveaux, récemment autorisés, qui ne doivent être employés qu'à titre très exceptionnel. Une diminution importante semble pouvoir être obtenue également sur les préparations alcooliques : la dépense annuelle en eau-de-vie camphrée est de 50.000 francs ; celle de l'alcool en nature ou en préparations (alcoolats, teintures) s'élève à 250.000 francs ; le rhum, à lui seul, employé presque exclusivement en potions de Todd, coûte 135.000 francs par an. Je ne doute pas, Monsieur le Docteur, qu'en présence de cette situation, vous ne fassiez tous vos efforts pour réduire au minimum possible les dépenses que je viens de vous signaler. Je vous en remercie à l'avance et vous prie d'agréer l'assurance de ma considération la plus distinguée.

« *Le Secrétaire général de l'Administration de l'Assistance publique, faisant fonctions de Directeur,*
« THILLOY. »

Association générale des Médecins de France.

Le Conseil, dans sa séance du 3 mai 1901, vote une somme de 200 francs à la Société de Meaux, à laquelle avait été précédemment accordé un secours de 500 francs pour des besoins urgents. Il remercie la Société des Alpes-Maritimes qui vient de faire à l'Association un don de 4.000 francs, qui sera versé à la Caisse des Fonds généraux, et non à la Caisse des Retraites. Le Conseil décide que les membres de l'Association amicale des Médecins français et de la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français, ne faisant pas encore partie de l'Association générale, n'auront pas à payer le droit d'admission quand ils se feront inscrire à l'Association générale. M. le Dr Maurat, président de l'Amicale, et M. le Dr Lande, président de la Caisse des Pensions de Retraites, seront informés de cette décision. Le Conseil général invite donc MM. les présidents des Sociétés unies à admettre ces confrères sans leur réclamer les 12 francs du droit d'admission. M. le président Lannelongue est heureux d'annoncer au Conseil que M. Lande a déjà fait voter, à Bordeaux, la revision des statuts de la Caisse des Pensions de retraite, et qu'il n'y a plus qu'à attendre l'approbation de M. le ministre de l'Intérieur ; de ce côté, les choses sont donc aussi en bonne voie. M. le secrétaire général Lereboullet ayant été sollicité pour l'adjonction de la Société Lagoguey à l'Association générale, le Conseil décide que, quand la question lui sera posée officiellement, elle sera soumise à un examen spécial. Sur la proposition de M. le Dr Sainton, archiviste de l'Association, il est décidé par le Conseil que les archives seront désormais cataloguées et qu'il sera envoyé une circulaire aux Sociétés unies, ou à celles d'entre elles qui publient des comptes rendus, d'adresser régulièrement ces comptes rendus au siège de l'Association.

Dans sa séance du 9 mai, la commission administrative de la Société Centrale a accordé à 13 veuves de sociétaires, 1.750 francs. Il a été admis 8 membres nouveaux.

Association de la Presse médicale française.

Réunion du vendredi 3 mai 1901.

Le vendredi 3 mai 1901 a eu lieu la réunion statutaire de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. Laborde, syndic. Trente-deux personnes y assistaient.

1° *Honorariat* (Modification à une décision antérieure). — Désormais, pour être nommé membre honoraire, il faudra avoir fait partie de l'Association pendant cinq années (au lieu de dix).

2° *Elections.* — M. le Dr Würtz représentera à l'Association les *Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique*, en remplacement de M. le Pr Joffroy. — M. le Dr Lapeyre est nommé membre titulaire (*Gazette Médicale du Centre*). — M. le Dr Lévy, ancien rédacteur de la *Rev. ill. de Polyt. méd. et chir.*, est élu membre honoraire.

3° *Carte d'Identité.* — Les nouvelles cartes d'identité, avec photographie, permettent individuellement l'entrée dans les deux Salons du Grand Palais ; à l'Exposition de l'Enfance, et au Casino d'Enghien (avec un fauteuil pendant la saison théâtrale).

4° *Association internationale de la Presse médicale* (Conférence préparatoire de Bruxelles). — L'Association délègue à cette Conférence deux de ses membres : MM. Janicot et Valude, de façon à être représentée officiellement à cette réunion.

Le Secrétaire général : Marcel BAUDOUIN.

Deuxième Congrès international des Médecins de Compagnies d'Assurances.

(*Amsterdam. — Septembre* 1901.)

QUESTIONS MISE A L'ORDRE DU JOUR. — I. Projet de formulaire médical. Rapport de la Commission du formulaire médical universel. — II. De l'albuminurie considérée au point de vue de l'assurance sur la vie : Rapporteur, M. le Dr Stokvis. — III. De l'admissibilité des glycosuriques : Rapporteur, M. le Dr Siredey. — IV. De l'admissibilité des risques tarés : Rapporteur, M. le Dr Poëls. — V. De l'otite moyenne considérée au point de vue de l'assurance sur la vie : — Rapporteur, M. le Dr Burger. — VI. Les limites de l'admissibilité des risques : Rapporteur, M. le Dr Florschutz. — VII. La syphilis et l'assurance sur la vie : Rapporteur, M. le Dr Salomonsen. — VIII. Les anomalies et les maladies de la peau en matière d'assurances sur la vie : Rapporteur, M. le Dr Grosse. — IX. De l'importance de l'examen des réflexes en matière d'assurances sur la vie : Rapporteur, M. le Dr Crocq. — X. Des tremblements considérés au point de vue de l'assurance sur la vie : Rapporteur, M. le Dr Wertheim Salomonson. — XI. La femme au point de vue de l'assurance sur la vie : Rapporteur, M. le Dr Mahillon. — XII. De l'admissibilité des personnes qui ont séjourné dans les pays chauds : Rapporteur M. le Dr Van der Burg. — XIII. L'appendicite considérée au point de vue de l'assurance sur la vie : Rapporteur, M. le Dr Weill-Mantou. — XIV. Des hernies considérées au point de vue de l'assurance contre les accidents : Rapporteur, M. le Dr Cœrt. — XV. Les affections oculaires en matière d'assurances sur la vie : Rapporteur, M. le Dr De Lantsheere. — XVI. Les piqûres anatomiques en matière d'assurances contre les accidents : Rapporteurs, MM. les Drs Fernandès et Poëls.

Avis. — Les questions mises à l'ordre du jour peuvent être l'objet de communications personelles. Les personnes qui désirent faire des communications scientifiques sont priées d'en informer le Secrétaire Général. Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs. Les adhérents recevront le compte rendu des travaux du Congrès.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 20. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*) Oral. : N. R. : MM. Segond, Broca (Aug.), Varnier. — (2e *partie*). A. R. : MM. Brissaud, Teissier, Méry. — 5e *de Doctorat.* Chirurgie. (1re *partie*). MM. Kirmisson, Lejars, Mauclaire. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Gaucher, Gilles de la Tourette.

MARDI 21. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Bouilly, Thiéry, Faure — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Proust, Gilbert, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Charrin, Dupré. — N. R. (2e *partie*). (2e *série*) : MM. Joffroy, Hallopeau, Ménétrier. — (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Quenu, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Debove, Thiroloix. — (2e *série*) : MM. Grancher, Achard, Marfan. — (1re *partie*) : Obstétrique. : MM. Maygrier, Bonnaire, Wallich.

MERCREDI 22. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Reclus, Reynier, Lepage. — 4e *de Doctorat* A. R. : MM. Hanriot, Gley, Gaucher. — N. R. : MM. Fournier, André, Wurtz. — 5e *de Doctorat.* Chirurgie. (1re *partie*). : MM. Legueu, Jalaguier, Delbet. — (2e *partie*) N. R : MM. Hayem, Widal, Méry.

JEUDI 23. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Ricard, Bar, Albarran. — N. R. : MM. Schwartz, Campenon, Bonnaire. — (2e *partie*). Oral. A. R. : MM. Troisier, Charrin, Roger. — N. R. : MM. Achard, Ménétrier, Teissier. — 4e *de Doctorat* N. R. : MM. Grancher, André, Langlois.

VENDREDI 24. — 4e *de Doctorat.* N. R. : MM. Gley, Widal, Desgrez. — 5e *de Doctorat.* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Kirmisson, Reynier, Broca (Aug.) — (2e *partie*) : MM. Grancher, Wurtz, Thoinot. — Chirurgie. (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Legueu, Delens, Mauclaire. — (2e *série*) : MM. Reclus, Tuffier, Delbet. (2e *partie*) : MM. Landouzy, Tessier, Méry. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 25. — 2e *Officier de santé.* Définitif : MM. Hallopeau, Gilbert, Faure. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). A. R. : MM. Achard, Troisier, Vidal. — Oral. N. R. : MM. Cornil, Hutinel, Dupré. — A. R. : MM. Joffroy, Chantemesse, Thiroloix. — 5e *de Doctorat.* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Quénu, Brun, Ricard. — (2e *partie*) : MM. Raymond, Roger, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Maygrier, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 22. — M. Thiollier. Quelques considérations sur la marche normale chez l'enfant et les causes du retard de la marche. — M. Guillaumont. Contribution à l'étude des principales complications des vulvo-vaginites chez les petites filles. — M. Bocquet. La tuberculose à Reims. — M. Bluysen. Contribution à l'étude clinique des streptococcies généralisées chez l'homme.

JEUDI 23. — M. Jousseaume. Sur quelques parasites producteurs de maladies introduites dans l'organisme par l'eau. — M. Proust. Contribution à l'étude des récidives de la fièvre typhoïde. — M. Mieulet. L'hygiène à la maison de Nanterre. Morbidité, mortalité. Statistique de 1890 à 1900. — M. Dugué. Contribution à l'étude clinique de l'épithélioma de la lèvre inférieure. — M. Sahannat. Contribution à l'étude des fractures itératives de la rotule consécutivement à la suture. — M. Prudhomme. Les stigmates de la blennorrhagie chez la femme. — Mlle Braoude. Contribution à l'étude de l'obésité chez les enfants.

Enseignement médical libre.

Enseignement de la médecine légale psychiatrique. — MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants au terme de leur scolarité sont admis, sur présentation de leur carte, à assister à la visite du médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt, M. le Dr Paul GARNIER, le mercredi et le vendredi, de 1 h. 1/2 à 3 heures, quai de l'Horloge, 3. Après trois mois d'assiduité à cette clinique, un *certificat de stage médico-légal psychiatrique* sera délivré par la Faculté de Médecine.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr DESNOS : Conférences cliniques sur les maladies des voies urinaires, le vendredi à 4 heures, à sa clinique, 15, rue Malebranche.

A cause du chômage des fêtes de l'Ascension, nous sommes obligés de renvoyer à notre prochain numéro la publication de l'article biographique et du portrait de M. le Pr DÉJERINE. N. D. L. R.

FORMULES

XXXII. — Contre la bronchite.

Poudre de polygala
Benzoate de soude } àà 0 gr. 30 centigr.
Bicarbonate de soude

Pour un cachet n° 20, quatre cachets par jour.

Ou :

Terpine
Acide benzoïque } àà 0 gr. 50 centigr.
Extrait de polygala

Pour une pilule n° 30, quatre à dix pilules par jour.

(Debove et Gourin.)

NOUVELLES

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — M. le Pr S. POZZI commencera son cours de clinique gynécologique (hôpital Broca), le vendredi 31 mai 1901, à 10 heures du matin, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. Lundi et vendredi, à 10 heures : leçon du professeur. Mercredi, de 10 heures à midi : exercices cliniques ; examens histologiques. Mardi, jeudi et samedi, à 10 heures : opérations.

LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE DE L'ASILE DE VILLEJUIF. (Ecole pratique des Hautes Etudes). Tramway, Châtelet-Villejuif. Départ à 1 heure 45.) — M. le Dr LEGRAIN, médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard, fera le lundi 20 mai. à 3 heures, une conférence sur : *Le Récidivisme de l'ivrognerie, Mentalité du récidiviste. Remèdes.*

CONCOURS DU CLINICAT. — Un concours pour un emploi de chef de clinique ophtalmologique et d'un chef de clinique adjoint s'ouvrira le 3 juin 1901. Se faire inscrire avant le 26 mai.

SOCIÉTÉ POUR LA PROPAGATION DE L'INCINÉRATION. — Cette Société tiendra son assemblée générale aujourd'hui, samedi 18 mai, à 8 heures et demie, à l'Hôtel des Sociétés savantes. En vue de la propagande, l'entrée est libre.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanisas MEUNIER, professeur, fera une excursion géologique publique le dimanche 19 mai 1901 à Ecouen-Ezanville, Domont et Montmorency. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous : Gare du Nord où l'on prendra à 8 h. 35 le train pour Ecouen-Ezanville. On sera rentré à Paris à 5 h. 50. — Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la place au Laboratoire de Géologie, rue de Buffon, n° 61, avant samedi, à quatre heures.

EXCURSIONS MÉDICALES. — Vingt-trois médecins parisiens sont arrivés lundi matin à Liège, en excursion scientifique. Ils ont tout d'abord visité les hôpitaux ; à midi, un déjeuner leur a été offert par la Faculté de médecine liégeoise, puis ils ont visité l'après-midi les institutions, laboratoires et collections universitaires. (*Le Temps* du 8 mai 1901).

LES CONCOURS AU PETIT PALAIS. — Un concours de dessins libre entre enfants s'organise à l'Exposition de l'Enfance. Le jury vient de se réunir au Petit-Palais, sous la présidence du peintre Eugène Carrière. Le Comité, voulant par ces concours développer l'esprit d'observation dans le jeune âge, a approuvé les propositions de son secrétaire, le Dr Galtier Boissière. Il invite les enfants à lui envoyer au Petit Palais, avant le 24 mai, les dessins qui leur conviendront; scènes d'imagination, scènes réelles à plusieurs personnages, représentation de personnes, d'animaux ou d'objets quelconques. Chaque enfant ne pourra toutefois envoyer plus de 5 dessins, il devra inscrire son nom et son âge au bas de la feuille et son adresse au verso. Les dessins offerts ne seront pas renvoyés. Les concurrents seront divisés en 3 classes d'après leur âge de 5 à 7, de 7 à 9 et de 9 à 12. Comme récompenses, les auteurs des meilleurs dessins recevront une carte permanente d'entrée à l'Exposition et leurs œuvres seront exposées pendant une semaine dans l'une des salles de l'Exposition. Le jury serait heureux de recevoir, pour les exposer, des cahiers de dessins spontanés d'enfants.

UN EXEMPLE A SUIVRE. — M. Gast, ex-maire de Ville-d'Avray, exploite une vacherie importante dans cette commune. Une épidémie de fièvre aphteuse s'étant déclarée dans ses étables, il a loyalement prévenu tous ses clients que, en raison de l'épidémie, il ne leur fournirait plus de lait. momentanément M. Gast, dans la circonstance, a agi en honnête homme. Il en a été mal récompensé car l'épidémie étant terminée, et en ayant prévenu ses clients, il s'est vu abandonner par une notable partie de sa clientèle. M. Gast a droit, en la circonstance, à un hommage bien mérité de la part de tous ceux qui s'intéressent à l'hygiène publique.

HOPITAUX DE LYON. — M. le Dr Collet est nommé médecin des hôpitaux de Lyon.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés au grade de chevalier de la Légion d'honneur, pour services rendus au cours des missions ayant opéré dans l'Afrique centrale : MM. Allain, médecin des colonies : membre de la mission Gentil ; faits de guerre au Chari lors des combats de Kouno et de Kousseri. Huot, médecin des colonies : s'est signalé lors de l'épidémie de fièvre jaune qui éclata à la Guadeloupe en 1896-1897 ; chargé du service de santé dans le Haut-Oubangui, a rendu de signalés services à la mission Gentil.

MÉDECIN ALIÉNÉ. — Les *Central News* rapportent en ces termes un incident tragique qui s'est produit dans la nuit du samedi à dimanche, dans la petite ville de Grenna, près de Stockholm : Une veuve nommée Augusta de Duben se trouvait en traitement dans une maison de santé particulière, où elle était soignée par ses trois filles. Samedi soir, le Dr Nehrman, directeur de l'établissement, fut pris d'un accès subit de folie furieuse et, s'armant d'un long couteau, il se précipita sur la veuve et ses trois filles. L'une de celles-ci fut tuée, les deux autres et la mère furent grièvement blessées. Le Dr Nehrman sortit alors de la maison et, pendant toute la nuit, il parcourut les rues de la ville et frappa à coups de couteau cinq passants, dont trois furent dangereusement blessés. Le fou furieux put enfin être arrêté et enfermé. » *Le Temps*, du 8 mai 1901.)

SUICIDE D'UN MÉDECIN-MAJOR. — M. Biéchy, médecin-major au 125e de ligne, en garnison à Poitiers, s'est suicidé en se tirant un coup de revolver dans la tête. On attribue ce suicide à un accès de fièvre chaude consécutif à un excès de fatigue contractée dans une marche militaire,

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie RUEFF,
106, boulevard Saint-Germain.

VIENT DE PARAITRE :

Manuel de Diagnostic médical, publié sous la direction de MM. G.-M. DEBOVE et Ch. ACHARD, 2 vol. in-8 avec figures. 43 fr.

Manuel de Thérapeutique médiale, publié sous la direction de MM. G.-M. DEBOVE et Ch. ACHARD, 2 vol. in-8 avec figures. 32 fr.

Albert ROBIN. — Les maladies de l'estomac, diagnostic et traitement, 3 vol. in-8 brochés, les 3 volumes. . . . . . 25 fr.

G.-M. DEBOVE et E. GOURIN. — Formulaire de thérapeutique et de pharmacologie, 1 vol. petit in-18, relié amateur. . . 6 fr.

A. LUTAUD. — Consultations sur les maladies des femmes, 2e édit., 1 vol. in-16 relié. . . . . 4 fr.

E. PÉRIER. — Consultations sur les maladies des enfants, 1 vol. in-16 relié . . . . 4 fr.

GAREL (de Lyon). — Diagnostic et traitement des maladies du nez (Rhinoscopie), vol. in-16, avec figures, cartonné. . . 5 fr.

J. LARAT. — Traité pratique d'électricité médicale, 2e édit., 1 vol. in-8 broché. . . . . 20 fr.

E. BARIÉ. — Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte, 2e édit., 1 fort vol. in-8, broché, 20 fr. ; relié. . . . . 22 fr.

Albert ROBIN et Paul DALCHÉ. — Traitement médical des maladies des femmes (gynécologie médicale), 1 fort vol. in-8 broché. 12 fr.

Lucien LE ROY. — Bactériologie clinique et thérapeutique de l'appareil respiratoire, 1 vol. in-18 cartonné. . . . . . 4 fr.

DARIER. — Thérapeutique des maladies de la peau, 1 vol. in-8 broché . . . . 10 fr.

Ch. TALAMON. — La colique appendiculaire et les formes non chirurgicales de l'appendicite, 1 vol. in-12 broché. . . . 4 fr.

J.-B. CHARCOT et J. CLERC-RAMPAL. — La navigation mise à la portée de tous. Manuel pratique de navigation estimée et observée, 1 vol. in-8 avec figures, cartonné. . . . . 8 fr.

CATRIN. — L'aliénation mentale dans l'Armée, 1 brochure in-12. . . . . 1 fr. 50

Georges BERNE. — Le massage, Manuel théorique et pratique, 2e édition, 1 vol. in-12 avec 152 figures, relié. . . . 8 fr.

Jules COMBY. — Traité du rachitisme, avec 37 figures, 1 vol. in-12, 2e édition broché. . . . . 5 fr.

BECHTEREW. — Hemitonia apoplectica. Brochure in-8 de 16 pages, avec 3 figures. — Leipzig, 1899. — Librairie Vogel.

BECHTEREW. — Ueber die sensiblen Funktionen der sog. motorischen Rindenzone des Menschen. Brochure in-8 de 3 pages. — Leipzig, 1899. — Librairie Veit und Comp.

BECHTEREW. — Ueber ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule und der grossen Extremittätengelenke. Brochure in-8 de 8 pages. — Leipzig, 1899. — Librairie Vogel.

BECHTEREW. — Ueber pupillenverengernde und pupillenerveiternde. Brochure in-8 de 4 pages, avec 1 figure. — Leipzig, 1899. — Librairie Veit und Comp.

BECHTEREW. — Ueber die Gehörunten der Hirnrinde. Brochure in-8 de 12 pages. — Leipzig, 1899. — Librairie Veit und Comp.

BECHTEREW. — Ueber die Lage der motorischen Rindencentren des Menschen nach Ergebnissen faradischer Reizung derselben bei gehirnoperationen. — Brochure in-8 de 4 pages. — Leipzig, 1899. Librairie Veit und Comp.

BECHTEREW. — Ueber Affectionen der Cauda Equina. Brochure in-8 de 17 pages. — Leipzig, 1899. — Librairie Vogel.

BECHTEREW. — Unterschungsergebnisse betreffend die Enegbarkeit des hinteren Abschnittes des Stinrlappens. Brochure in-8 de 4 pages. — Leipzig, 1899. — Librairie Veit und Comp.

BELIN (R.). — Observation partielle d'un cas rare de kyste dermoïde du médiastin (pneumonectomie partielle, — guérison). Brochure in-8 de 23 pages. — Clermont, 1900. — Imprimerie Daix frères.

MULEUR. — Communication sur une station nouvelle d'altitude dans les Alpes-Maritimes. Brochure in-8 de 8 pages. — Grasse, 1900. — Imprimerie Imbert et Cie.

MULEUR. — Références médicales sur la station climatérique d'altitude de Thorenc. Brochure in-8 de 16 pages. Imprimerie Imbert et Cie.

STADELMANN. — Beitrag zur theorie der geometrisch-optischen Tauschungen. Brochure in-4 de 10 pages. Wurburg, 1899. — Librairie Stuber's.

UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA. — Contributions from the William Papper Laboratory of Clinical Medicine. Volume in-4° de 480 pages, avec 28 figures et 9 planches. — Philadelphia, 1900. — à l'University.

Chronique des Hôpitaux.

ASILE CLINIQUE, 1, rue Cabanis. — *Clinique mentale* : M. le Pr JOFFROY, Lundi et vendredi, à 2 h. 1/2.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc.) — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

HOPITAL TENON. — M. le Dr P. LE GENDRE, le samedi, à 10 heures, *Conférences de Pratique médicale et de thérapeutique.*

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Conférences de radiologie médicale.* — Le Dr A. BÉCLÈRE, le dimanche, à 10 heures du matin, dans la salle de conférences de l'hôpital : *huit conférences* sur les *Premières notions de Radiologie*, indispensables à la pratique de la radioscopie et de la radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Exercices pratiques de radiographie. — Ces exercices ont lieu, dans le laboratoire du Dr Béclère, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures. Le droit d'inscription est de 90 francs pour une série de six séances, en une quinzaine.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, No 21. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 25 MAI 1901.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

De l'origine rhino-pharyngienne des goitres ;

Par le Dr HAMON DU FOUGERAY (du Mans).

Jusqu'à ce jour, la pathogénie des goitres est restée entièrement inexpliquée. Je me crois autorisé aujourd'hui à faire connaître les résultats des recherches que j'ai entreprises depuis cinq ans. Si j'ai attendu aussi longtemps avant de les publier, c'est que je ne voulais avancer aucun fait qui n'eut été rigoureusement contrôlé.

Ce travail, bien que reposant sur des expériences thérapeutiques, n'est cependant pas écrit spécialement à ce point de vue. En d'autres termes, je n'envisage pas principalement la curabilité du goitre par un traitement approprié spécial. Ce n'est pas un travail de thérapeutique pure. Je vais plus loin. Me basant sur les résultats obtenus, j'en déduirai des notions nouvelles sur la pathogénie même des goitres. Toutefois, je me garderai bien de prétendre que les vues théoriques entièrement nouvelles que je présente soient définitives. Si mes déductions me paraissent logiques prises en général, certains points de détail pourront peut-être être modifiés dans la suite. Mais l'expérience que j'ai acquise me porte à penser que leur ensemble est l'expression d'un fait réel.

Cette étude se divise naturellement en deux parties : l'exposé des faits cliniques et ensuite leur interprétation.

I. EXPOSÉ DES FAITS CLINIQUES. — C'est par l'effet du hasard que j'ai été amené à voir, entre le goitre et la rhino-pharyngite, autre chose qu'une simple coïncidence. Voici dans quelle circonstance :

Le 19 mars 1896, Mme G... vint à ma clinique me présenter sa fille, âgée de 12 ans, me priant de la traiter pour un goitre qui avait commencé à se montrer deux ans auparavant et qui grossissait de plus en plus. Son volume était comparable à celui d'une pomme, et les trois lobes étaient également hypertrophiés. Mlle G..., de constitution lymphatique, mais n'ayant eu aucune maladie grave antérieurement, n'en éprouvait aucune gêne, et sa mère n'y voyait surtout qu'une question de coquetterie. Aucun antécédent héréditaire dans la famille. A cette époque, j'avais entrepris une série de recherches sur les affections chroniques du rhino-pharynx, et j'examinais, de propos délibéré, ces organes chez tous les malades que j'avais à soigner. C'est ce que je fis dans ce cas. Je trouvai alors : 1° dans l'oro-pharynx, une pharyngite chronique hypertrophique manifeste avec de nombreuses et très grosses granulations lymphoïdes disséminées sur la muqueuse prévertébrale ; 2° dans le rhino-pharynx, un catharre chronique sans végétations adénoïdes ; 3° dans le nez, une rhinite-hypertrophique avec des cornets inférieurs très gros et très mous, obstruant le passage de l'air et obligeant la malade à respirer par la bouche.

Dans ces conditions, négligeant de parti pris l'hypertrophie thyroïdienne, je commençais par soigner uniquement le rhino-pharynx. Je prescrivis l'huile mentholée au dixième en badigeonnages de l'oro-pharynx trois fois par jour et en aspirations par les deux narines cinq à six fois par jour. De plus, je pratiquai moi-même un certain nombre de cautérisations des cornets et des granulations de l'oro-pharynx avec la solution d'acide chromique au demi. Pendant le cours de ce traitement, les cornets furent cautérisés cinq fois et les granulations dix fois. Sous l'influence de ces *seuls* agents thérapeutiques, l'état des muqueuses rhino-pharyngées s'améliora de plus en plus, et la respiration devint facile. *Mais en même temps, le goitre diminua progressivement, et, au bout de trois mois, je pus constater son entière disparation.* Ce résultat, que je n'avais pas cherché et auquel j'étais loin de m'attendre, a été le point de départ de mes recherches ultérieures.

J'ai revu souvent cette jeune fille depuis cette époque, et je puis certifier que la guérison complète s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Cette observation me paraît contenir un fait nouveau non signalé. Comment un traitement purement local, appliqué au rhino-pharinx, peut-il *à lui seul* faire disparaître un goitre? Dans quelles conditions? Par quel mécanisme? Telles sont les questions que je me posais alors. Pour les résoudre, je me mis à l'œuvre et renouvelai le même traitement dans tous les cas de goitres que je pus rencontrer. Sans être aussi fréquent qu'en Suisse, le goitre n'est pas rare dans la Sarthe, aussi ai-je pu en traiter sérieusement plus de deux cents, malgré les difficultés que l'on rencontre souvent, dues à l'insouciance et à l'inertie des malades.

Tout d'abord, je tiens à spécifier que le traitement appliqué dans tous les cas, sans exception, a été constamment le même, savoir : 1° badigeonnages de l'oro-pharynx avec l'huile mentholée au dixième, trois fois par jour ; 2° aspirations par les narines de la même

huile cinq à six fois par jour; 3° cautérisations (faites par moi seulement) des parties malades du naso-pharynx avec la solution d'acide chromique au demi.

Toutes ces observations sont donc comparables entre elles au point de vue thérapeutique. Afin d'y mettre un peu d'ordre, il est nécessaire de les classer. En ce qui regarde les goitres simples, c'est-à-dire sans maladie de Basedow, dont je parlerai plus loin, on peut les diviser en goitres récents, anciens, petits, volumineux, avec ou sans dégénérescence kystique, fibreuse, etc., avec ou sans exophtalmie. J'appellerai dès maintenant l'attention sur ce fait que, *dans aucun cas, je n'ai vu manquer la rhino-pharyngite.* Les lésions étaient d'intensité variable, mais *toujours le rhino-pharynx était malade.*

Au point de vue thérapeutique, dont je m'occupe spécialement, ces observations se divisent en : 1° goitres qui guérissent entièrement; 2° goitres qui diminuent très notablement; 3° goitres qui diminuent faiblement. C'est cette classification que j'adopterai pour plus de clarté.

1° *Goitres qui guérissent entièrement.* — Il existe des goitres qui disparaissent rapidement et complètement par le seul traitement rhino-pharyngien. Ces goitres sont presque toujours des goitres récents, c'est-à-dire ne remontant pas à plus de deux ou trois ans. J'en ai rencontré cinquante-deux cas, dont un remontant par exception à plus de quatre ans. Le traitement a varié, comme durée, de un à huit mois.

Mais il ne faudrait pas croire que tous les goitres récents sont appelés à guérir. Il est loin d'en être ainsi et cela tient à ce que, dans certains cas, il se produit des dégénérescences, kystiques ou autres, presque au début. Le traitement que j'ai employé permet même de faire le diagnostic de ces dégénérescences. En effet, la diminution de la tumeur se produit rapidement au commencement, puis le goitre reste stationnaire. C'est ainsi que plusieurs fois j'ai été amené à soupçonner des kystes et la ponction exploratrice m'a permis d'en constater alors l'existence. Je dois signaler à ce propos qu'une seule fois il m'a été permis de constater la guérison d'un goitre kystique. Il s'agissait d'un homme de 48 ans qui avait eu autrefois un goître qui avait disparu par le traitement iodé. Depuis deux ans, la glande thyroïde grossissait à nouveau. Je le traitai et constatai au bout de deux mois que la situation ne changeait pas. Ce goitre était médian et gros comme une grosse mandarine. Je le ponctionnai à la seringue de Pravaz et constatai l'existence d'un kyste dont j'évacuai *simplement et une seule fois* le contenu. Le traitement du rhino-pharynx fut continué, et à partir de ce moment la diminution du volume reprit sa marche, et trois mois après, il n'y avait plus de goitre. La guérison se maintient depuis trois ans.

2° *Goitres qui diminuent très notablement.* — Cette catégorie de goitres est celle que j'ai le plus fréquemment rencontré. J'en ai observé 133 cas. Par diminution notable j'entends une diminution d'un quart à un demi du volume primitif. Le traitement a varié de cinq mois à un an comme durée. Ces goitres sont en général de vieille date et présentent toujours des noyaux fibreux très durs ou des kystes plus ou moins volumineux.

3° *Goitres qui diminuent faiblement.* — Ce sont les goitres en général très volumineux et très anciens, fibreux ou kystiques. J'en ai traité 24 cas à titre d'expériences, la durée du traitement a varié de six mois à un an. J'ai parfois obtenu une diminution du tour du cou de 5 à 10 centimètres dans des cas d'énormes goitres datant de trente ans et plus, alors que je ne pensais devoir arriver à aucun résultat.

Outre ces 209 cas, j'ai eu l'occasion de traiter deux cas de goitre avec exophtalmie sans maladie de Basedow. L'un deux est particulièrement intéressant et en voici l'observation :

B..., Joseph, homme d'équipe aux chemins de fer de l'Ouest, 28 ans, a eu une pleurésie du côté droit à l'âge de 22 ans, constitution lymphatique. En ce moment en bonne santé. Pas de goitre dans la famille, à un enfant de deux ans en bonne santé. Examiné pour la première fois à ma clinique le 19 mars 1897.

Goitre. — A débuté brusquement à la suite d'un effort dans les derniers jours de février 1897, volume d'une grosse pomme, de consistance dure, lobe droit de beaucoup plus volumineux que le gauche, tour de cou, 40 centimètres.

Exophtalmie. — Double, inégale, plus prononcée à gauche qu'à droite (croisée avec le goitre), persistante, est survenue en même temps que le goitre. Papilles et vue normales. Pas de suppression des mouvements associés des paupières et du globe de l'œil. Pouls normal à 65, cœur et vaisseaux normaux.

Rhino-pharyngite. — Chronique remontant à l'enfance. Muqueuse prévertébrale épaissie et couverte de grosses granulations. Cornets inférieurs très gros, surtout à gauche, manifestement hyperesthésiés.

Traitement. — Huile mentholée au 10e. Cautérisations à l'acide chromique au demi des cornets et de l'oro-pharynx.

Sous l'influence de ce traitement l'exophtalmie a disparu au bout de deux mois. Le goitre a commencé à diminuer dès le quinzième jour. La tumeur s'est ramollie de haut en bas. En octobre 1897 (7 mois après) le goitre a disparu, le tour du cou est tombé à 32 centimètres.

Dans le cours de ce traitement j'ai pu constater à différentes reprises que, sous l'influence des efforts et de la fatigue produite par le service que fait cet agent (surtout le service de nuit), le goitre augmentait passagèrement pour diminuer par le repos. Il en était de même de l'exophtalmie.

Tels sont, en résumé, les résultats thérapeutiques que j'ai obtenus. D'une manière générale, le traitement rhino-pharyngien a agi rapidement et le goître a diminué de volume *de haut en bas* dans la totalité des cas. Dans certains cas la dyspnée causée par la tumeur a disparu.

Enfin, voulant vérifier une hypothèse qui me paraît logique et que j'exposerai plus loin, j'ai expérimenté le même traitement dans deux cas de goitre exophtalmique vrai. L'un datait d'un an environ, l'autre de près de deux ans. Le premier a trait à un jeune homme de 22 ans, le second à une femme de 33 ans. Dans les deux cas le pouls a rapidement diminué de fréquence. Chez le jeune homme en question il est passé de 150 pulsations à 80; il en a été de même pour mon second cas. Mais ces expériences, qui datent de 1900, sont encore trop récentes pour être concluantes. Cependant la diminution rapide de la fréquence du pouls mérite d'être signalée.

II. Examen critique. — Les faits que je viens de résumer sont comparables entre eux au point de vue thérapeutique. Ils montrent cliniquement d'abord que la rhino-pharyngite est de règle chez les goitreux, et ensuite qu'en traitant uniquement cette affection, non seulement un grand nombre de goitres peuvent guérir, mais que dans tous les autres cas le volume du goitre diminue peu ou beaucoup.

Pour interpréter le mécanisme de cette action indéniable, j'examinerai non seulement les particularités

cliniques que j'ai pu renconter, mais aussi les données d'anatomie et d'histologie pathologique actuellement connues. Mais auparavant il me paraît nécessaire de rechercher si la rhino-pharyngite si constante a déjà été signalée, et si la relation entre cette maladie chronique et le goitre n'a pas déjà été soupçonnée. En ce qui regarde le premier point, il y a longtemps que l'on a remarqué que les goitreux étaient, en général, atteints de pharyngite et de rhinite chroniques. En 1817, Rullier, écrivait ce passage qui mérite de fixer l'attention. « Pour nous, nous pensons que si on se rappelle que chez la plupart des goitreux, la sécrétion muqueuse de l'arrière-bouche est augmentée et qu'un très grand nombre d'entre eux sont *pituiteux, moucheurs et grands cracheurs*, comme l'avoue M. Fodéré lui-même, quoiqu'il ait d'ailleurs adopté celle des deux explications de Bordeu contradictoire à ce fait; nous pensons, disons-nous, qu'il paraîtra sans doute beaucoup plus rapproché de la vérité d'attribuer l'enrouement des goitreux à l'irritation chronique comme nécessaire, qu'attire sur le larynx sa proximité de la tumeur, ainsi que l'augmentation réelle qui s'ensuit dans les produits sécrétoires de la membrane interne de cet organe (1). »

Toutefois Rullier n'attachait qu'une médiocre importance à ce symptome, car il ajoute immédiatement: « Mais c'est trop nous arrêter sur cet objet » puis il continue son article. Sans pouvoir l'affirmer, je crois que l'opinion émise en 1817, par Rullier, a été communément adoptée juqu'à ce jour. J'ai trouvé, d'autre part, un autre passage que je ne puis omettre de citer ici, et où la relation entre le goitre et les lésions pharyngiennes me paraît être pour la première fois indiquée timidement. Dans son *Traité des Maladies du larynx, du pharynx et des fosses nasales* (3[e] édition, 1891), Lennox Browne, au chapitre des *Névroses du Pharynx et de l'isthme du gosier* (page 211), déclare qu'il considère bon nombre de troubles de la sensibilité, dits nerveux, comme symptomatiques d'une affection du pharynx méconnue, et que les cas purement hystériques sont très rares. Parmi ces états pathologiques attribués à l'hystérie, il cite entre autres l'augmentation de volume et la sensibilité exagérée de la glande thyroïde et il ajoute (page 214) : « Il arrivera souvent qu'à la suite de la *suppression des amygdales du pharynx et de l'isthme du gosier, le gonflement de la glande thyroïde* DISPARAITRA ABSOLUMENT comme on voit se résorber l'hypertrophie des ganglions du cou lorsqu'on a traité les affections de la bouche ou de la gorge qui y avaient donné naissance. » Je n'ai trouvé que ces deux passages se rapportant directement au sujet que je traite; peut-être en existe-t-il d'autres dans les nombreux travaux qui ont été écrits sur le goitre.

Examinons maintenant les faits cliniques et en particulier le mode de développement du goitre. Dans les cas les plus nombreux de mes observations je vois noté que la progression a été relativement lente, mais dans beaucoup d'autres cas (62 au juste) le malade m'a nettement déclaré que le goitre était survenu brusquement à la suite d'un effort. Pour la femme c'est le plus souvent l'accouchement qui est mis en cause. Je rappellerai ici l'observation que j'ai donnée plus haut de cet agent des chemins de fer qui a vu se produire un goitre et de l'exophtalmie à la suite d'un effort musculaire violent. Dans dix cas le goitre est survenu brusquement à la suite de quintes de toux pendant le cours d'une influenza avec bronchite. En résumé, souvent un effort violent, de quelque nature qu'il soit, en a marqué le début.

Voilà un premier fait, plus fréquent peut-être qu'on ne le pense, et qui m'a conduit à admettre que la cause du goitre au début devait tenir à une congestion de la glande thyroïde produite par le reflux du sang des veines pharyngiennes dans les thyroïdiennes. La rhino-pharyngite préexiste dans tous les cas; il préexiste donc un état congestif du système veineux pharyngien; celui-ci communique par des anastomoses avec le système thyroïdien; pendant un certain temps, un équilibre instable s'établit entre ces deux systèmes. A un moment donné, soit lentement, soit brusquement, l'equilibre est rompu, le sang afflue du pharynx vers la glande tyroïde, dont les vaisseaux se dilatent, deviennent variqueux, et le goitre est constitué. Telle est, en peu de mots, ma théorie, ou pour mieux dire ma manière d'interpréter les faits cliniques observés.

Reste à montrer que l'anatomie normale et l'histologie pathologique me donnent raison. On sait que les veines du pharynx forment un plexus considérable sur la partie postérieure et latérale de cet organe. Ce plexus est double, en réalité, et formé d'un plexus superficiel superposé à un autre plus profond. Il en part des rameaux qui tantôt se rendent directement à la jugulaire interne, tantôt se jettent dans la veine linguale, ou parfois dans la faciale et la *thyroïdienne inférieure*. D'un autre côté, dans son très remarquable ouvrage sur le pharynx (1) qui vient de paraître, le D[r] Chauveau appelle l'attention sur une disposition particulière de ces plexus au tiers inférieur de l'organe. Voici ce qu'il dit page 186: « Mais au tiers inférieur, le système veineux du pharynx présente une disposition remarquable, décrite récemment par Bimar et Lapeyre. Il forme un réseau à mailles très serrées et très nombreuses, situées dans la couche sous-muqueuse au niveau de la face postérieure de l'organe, et comprise entre la muqueuse en avant et le constricteur inférieure en arrière. L'angle inférieur du constricteur moyen le recouvre supérieurement. Sa forme est celle d'un disque ovalaire à grosse extrémité supérieure, aplati d'avant en arrière et à contours irréguliers, mesurant environ 0 m. 03 dans le sens vertical et 0 m. 025 dans le sens transversal; son épaisseur oscille entre 0 m. 004 et 0 m. 005. Ce plexus ne résulte pas d'une modification déterminée par l'âge avancé des sujets, car Bimar et Lapeyre l'ont rencontré relativement très développé chez un enfant très jeune (2). Les branches étaient même parsemées de dilatations ampullaires et comme variqueuses. Suivant ces auteurs, ce plexus vient se vider dans les veines qui serpentent à sa périphérie, branches du plexus veineux sous-muqueux du pharynx, généralement beaucoup moins développées qu'au niveau du tiers inférieur de l'organe. Il communique par plusieurs émissaires avec le plexus pharyngien placé à la face externe de l'organe et que nous avons décrit plus haut. Il s'anastomose en haut avec les veines pharyngiennes, en bas avec les veines œsophagiennes, et *en avant avec les veines thyroïdiennes.* »

Il résulte de ce qui précède que la circulation veineuse du pharynx communique largement avec celle du corps thyroïde, surtout par l'intermédiaire du plexus décrit par Bimar et Lapeyre. Il n'est donc pas irrationnel d'admettre que lorsque ces plexus et tout le système

(1) In *Dict. des Sc. méd.*, t. XVIII, p. 536.

(1) *Le pharynx. Anatomie et Physiologie.* Paris, 1901.
(2) Bimar et Lapeyre. — Comptes rendus de l'Académie des Sciences de Paris, 1887, p. 105, t. II. p. 825.

pharyngien sont gorgés de sang, celui-ci puisse à un moment donné se répandre dans le système thyroïdien, et cela d'autant plus facilement que ces diverses veines présentent très peu de valvules. On comprend dès lors facilement le mécanisme de l'effort dans la production du goitre.

Toutefois, plusieurs objections peuvent être faites à cette manière de voir. En premier lieu, on peut dire que les cas de rhinites et de pharyngites chroniques sont extrêmement fréquents, tandis que les cas de goitre le sont infiniment moins. Pourquoi, chez toutes les personnes qui en sont atteintes, l'hypertrophie thyroïdienne ne se manifeste-t-elle pas ? Et comment se fait-il qu'elle n'apparaisse le plus souvent que longtemps après le début de l'affection pharyngée? Je répondrai d'abord que, physiologiquement, on doit admettre que la gêne de la circulation veineuse du pharynx doit avoir atteint un certain degré pour retentir sur celle du corps thyroïde. Or, chez tous les malades, cette gêne n'a pas la même intensité. De plus, je ferai remarquer que pendant longtemps il peut exister une sorte d'équilibre instable ou de compensation entre ces deux circulations, qui persistera tant qu'une cause fortuite ne surviendra pas. Et même il peut arriver (je l'ai observé plusieurs fois) que chez la femme, par exemple, à la suite d'un premier accouchement, un léger goitre se produise qui disparait sans traitement quelque temps après, mais qui réapparaîtra pour rester définitif après le deuxième ou le troisième accouchement. N'a-t-on pas, d'ailleurs, noté certains cas de goitre disparaissant après un changement de résidence du malade. Dans ce cas, on doit admettre que la congestion du pharynx diminuait par cette simple cause.

Cette conception du goitre me paraît admissible en ce qui concerne les goitres dits sporadiques. Mais on sait depuis longtemps que le goitre se rencontre à l'état endémique dans diverses régions, telles les Alpes, les Pyrénées, les Cordillières, etc., et en général dans les pays montagneux. Il est commun en Espagne, en Bavière, en Suisse, en Savoie, dans le Tyrol, etc. En France, le goitre est communément répandu dans les Cévennes, la Rouergue, les Vosges, le Soissonnais, etc. Saussure, Fodéré, etc. attribuaient déjà l'endémicité du goitre à l'influence de l'air atmosphérique. D'autres ont cru y voir un effet de l'eau potable. L'action de l'air atmosphérique, et surtout son degré d'humidité, me semble indéniable. Mais cette action ne s'exerce pas directement sur la glande thyroïde, mais bien sur le pharynx. Ai-je besoin de rappeler ici que l'air humide et froid engendre par une série d'inflammations diverses la rhino-pharingite chronique? Donc cette opinion, loin de renverser ma théorie, ne fait que la fortifier. Du reste, d'après ce que j'ai observé pour la Sarthe, c'est bien dans les parties de ce département où cette cause climatérique se rencontre que l'on trouve le plus de goitroux. Et il me semble que si l'on faisait une enquête sérieuse à ce sujet, on trouverait qu'il en est partout ainsi. D'où la plus grande fréquence du goitre dans les régions telles que les Alpes, etc., où l'action de cette cause existe à son maximum.

Peut-on réellement incriminer l'eau potable ? Peut-être oui. Dans ce cas, voici comment j'interpréterais son action. On sait que certaines eaux sont indigestes, lourdes. Or, tout ce qui entrave la digestion peut retentir sur le pharynx, surtout si celui-ci est déjà malade ; l'action indigeste de certaines eaux peut donc augmenter son état congestif. Cette question devrait être étudiée à nouveau dans ce sens.

Enfin, il est un autre point que je ne puis omettre, c'est le crétinisme. Sous le nom de crétinisme, on comprend un état général spécial constitué par un ensemble de symptômes, parmi lesquels on signale surtout le goitre, auquel on attribue la cause principale de cette affection. Cependant, je me permettrai de relever un fait qui me semble contradictoire. On divise les crétins en crétineux et en crétins vrais ; les premiers auraient presque constamment le goitre, tandis que chez les seconds on n'en trouverait pas. Je sais bien que Krishaber et Baillarger expliquent ce paradoxe en disant que la puberté ne s'établit pas chez les vrais crétins. Mais cependant on est en droit de se demander si la glande thyroïde est malade chez ceux-ci ou non ; or, l'absence du goitre tendrait à démontrer que cette glande n'est pas atteinte. Alors il faut chercher une autre cause au crétinisme.

On a noté que la plupart des crétins (80 0/0), ont des parents goitreux. Mais tous n'ont pas des parents goitreux. Il me semble donc que jusqu'à plus ample informé on doit admettre que le crétinisme est une affection spéciale dans laquelle, étant donné les travaux récents sur le myxœdème et la cachexie strumiprive, l'état de la glande thyroïde peut jouer un rôle qu'il reste à déterminer. En tout cas on devrait séparer le crétinisme de l'étude du goitre ordinaire, car fort heureusement les vrais goitreux ne sont pas, que je sache, des crétins. Le crétinisme est une affection spéciale qui débute dans l'enfance et qu'il faut classer à part, tout en recherchant l'influence possible des lésions du corps thyroïde (atrophie ou hypertrophie) sur son évolution. C'est surtout à propos du crétinisme que l'on a voulu faire jouer un rôle spécial à l'eau potable. On y aurait même vu un microbe. Je ne crois pas, d'autre part, que l'on ait noté l'état du pharynx chez les crétins. Quoi qu'il en soit, l'étude de cette affection est loin d'être complète, et c'est pour ce motif qu'il convient de la séparer nettement du goitre ordinaire.

Dans sa remarquable étude sur les affections du corps thyroïdes (1), A. Broca décrit la congestion thyroïdienne. Il dit textuellement : « L'hypérémie précède l'inflammation, *elle précède aussi le goitre.* »

C'est précisément ce que je soutiens, mais en rattachant cette hypérémie à la congestion rhino-pharyngienne préexistante. Je laisse de coté les thyroïdites qui ne rentrent pas directement dans mon sujet. En ce qui regarde ce qu'on a appelé le goitre épidémique, je suis porté à penser qu'il s'agit, dans ce cas, de thyroïdite infectieuse et non de véritable goitre ordinaire.

Je viens de démontrer que l'anatomie normale du rhino-pharynx rend compte du mécanisme que j'admets pour la production du goitre et que l'étude clinique des faits montre que cette assertion est logique. Il me reste à examiner si l'anatomie pathologique n'est pas en contradiction avec ma manière de voir. On se trouve en présence aujourd'hui de deux doctrines : celle de Virchow et celle de Wölfler. Pour Virchow, les lésions que l'on constate dérivent du tissu thyroïdien normal adulte. Il y a hypertrophie glandulaire, hypertrophie qui peut être identique au processus de développement normal de la glande, d'où le goitre folliculaire pur — mais qui peut aussi porter en quantités inégales sur les divers tissus constituants, d'où les goitres fibreux, vasculaires. Tout provient donc du tissu thyroïdien adulte préexistant. Wölfler, de son coté, ne nie pas la participation des vésicules adultes au processus, mais ce serait

(1) *Traité de Chirurgie*, t. V, p. 581.

un point accessoire. Il existe dans le tissu thyroïdien normal, entre les vésicules adultes, au milieu du stroma, des amas cellulaires qui sommeillent, ou tout au moins n'évoluent que très lentement, pour constituer des vésicules adultes de remplacement. Ce serait ces amas indifférents qui, sous l'influence d'une cause morbide spéciale, entreraient en activité et formeraient une tumeur qu'il qualifie d'adénome. Telles sont les deux théories en présence. L'origine rhino-pharyngienne que je soutiens peut s'appliquer aussi bien à l'une qu'à l'autre.

Pour Virchow, c'est le tissu normal préexistant qui s'hypertrophie; pour Wölfler ce sont surtout les amas cellulaires silencieux inter-acineux. Dans l'un et l'autre cas, il y a comme un coup de fouet donné aux éléments anatomiques normaux La congestion du corps thyroïde, produite par le mécanisme que je viens de décrire, me paraît suffisante pour expliquer cette suractivité cellulaire et, physiologiquement, on doit admettre que cette congestion, amenant dans l'organe une quantité considérable de plasma, soit suffisante pour exciter la vitalité même des éléments. L'anatomie pathologique ne contredit donc pas ma théorie. Reste un point d'anatomie pathologique qui devrait, il me semble, être éclairci. Si le goitre se produit réellement par le mécanisme que j'ai indiqué, il y aurait lieu de rechercher, par des injections, les voies de communication des systèmes veineux pharyngien et thyroïdien, et d'étudier l'état anatomique de ces veines. Je n'ai trouvé aucun travail sur ce sujet, et de mon côté, pour diverses raisons, je n'ai pu faire ces recherches qui compléteraient mes idées en les rendant pour ainsi dire démonstratives. J'espère pouvoir prochainement combler cette lacune. Cette question a une certaine importance, car, étant donné la variabilité de distribution des veines, on pourrait vérifier ce que je soupçonne, à savoir si par suite d'une disposition anatomique spéciale, certaines personnes peuvent devenir goitreuses plus facilement que d'autres. On comprend, en effet, que dans le cas de communications larges et nombreuses entre les deux systèmes, le reflux du sang vers le corps thyroïde puisse se faire alors presque fatalement.

Enfin, il est un dernier point que je tiens à signaler. On sait, depuis Coindet, que le traitement par l'iode et les iodures peut, dans certains, cas faire disparaître un goitre. Ces résultats positifs ne sont point en contradiction avec ma théorie. En effet, les iodures s'éliminent par les muqueuses exposées à l'air contenant de l'acide carbonique, et surtout par celles de l'arrière-gorge et des fosses nasales. On peut donc admettre que leur action se fasse sentir sur la circulation du rhino-pharynx. Quant aux injections de teintures d'iode, elles doivent agir directement sur les éléments anatomiques de la tumeur et même sur les petits kystes, en modifiant la vitalité de la surface secrétante. Mais ces deux méthodes échouent fatalement lorsque le goitre a subi la dégénérescence fibreuse, kystique, etc. C'est ce qui arrive également par mon traitement rhino-pharyngien, et c'est là un point de ressemblance qui vient encore à l'appui des idées que j'émets.

III. Goitre exophtalmique. — On sait que la maladie de Graves ou de Basedow est essentiellement chronique, qu'elle peut se greffer sur un goitre ordinaire préexistant, que dans d'autres cas il peut ne pas exister de goitre ou d'exophtalmie, et qu'enfin les autopsies ont démontré que les symptômes nerveux et cardio-vasculaires provenaient de lésions du sympathique cervical.

Ceci posé, j'ai pensé qu'il n'était pas irrationnel de supposer au goitre exophtalmique une origine rhino-pharyngienne. L'anatomie descriptive de l'oro-pharynx nous enseigne que les nerfs de cet organe proviennent: 1° du glosso-pharyngien ; 2° du rameau pharyngien du pneumogastrique, rameau qui concourt à former la branche interne ou anastomotique du spinal ; 3° du ganglion cervical supérieur du grand sympathique. Les division émanées de ce ganglion et des trois paires cérébrales correspondantes forment, sur les côtes de la portion buccale du pharynx, un plexus compliqué dont les ramifications se répandent, les unes dans sa couche muqueuse, les autres dans sa couche musculaire ; 4° quelques ramuscules nés des nerfs laryngés externes et des nerfs récurrents vont se perdre dans la moitié inférieure du pharynx (Sappey). Ne pourrait-on alors admettre que les lésions chroniques du pharynx ne puissent, dans certains cas, produire une altération des plexus sympathiques qui se propagerait peu à peu jusqu'aux ganglions cervicaux supérieurs et même au delà ?... et que, au début, cette altération, déterminant une irritation plus ou moins forte, produrait les troubles fonctionnels que l'on connaît ?

S'il en était ainsi, on s'expliquerait d'abord que la maladie de Basedow puisse exister sans goitre et même sans exophtalmie ; ensuite, qu'elle puisse débuter longtemps après l'apparition du goitre par suite de la propagation des lésions de la muqueuse du pharynx aux filets nerveux sympathiques qu'elle renferme. Dans cette hypothèse, le goitre exophtalmique serait d'origine oro-pharyngienne. D'un autre côté, les observations de Hack, Fraenkel, etc., prouvent que, dans un petit nombre de cas, un goitre exophtalmique a pu guérir par le seul traitement intranasal. Or, il est aujourd'hui reconnu que la muqueuse nasale renferme des filets nerveux sympathiques. Ces guérisons, survenues par le seul traitement des lésions du nez, autorisent à admettre que la cause de la maladie de Basedow peut consister alors dans l'irritation de ces filets sympathiques, et il en résulte que cette affection pourrait avoir une double origine *nasale* et *pharyngée*.

Ce qui semblerait prouver encore que l'irritation des filets symphatiques du nez concourt réellement à cette étiologie, c'est que d'autres auteurs, tels que Semar et Semon, ont cité des cas dans lesquels un goitre exophtalmique serait apparu à la suite d'une intervention chirurgicale sur les fosses nasales.

Telles sont les suppositions théoriques qui m'ont été suggérées par les considérations qui précèdent. Je me suis donc cru autorisé à essayer le traitement rhino-pharyngien dans le cas de goitre exophtalmique. J'ai dit plus haut que ces essais faits sur deux malades m'avaient donné comme résultat la presque cessation de la tachycardie. Le pouls est tombé de 150 à 80 pulsations. Dans ces deux cas, on pouvait faire remonter le début de la maladie à un ou deux ans environ. Chez mes deux malades, il existait un goitre petit qui a rapidement disparu. Quant à l'exophtalmie, elle était peu développée dans un cas, et au contrairo assez accentuée dans l'autre ; dans ce dernier, elle a diminué considérablement. Ces expériences, encore trop récentes pour être concluantes, montrent cependant que le traitement n'a pas été indifférent et semblent confirmer les vues théoriques que je viens d'exposer. Mais des recherches nouvelles sont nécessaires, non seulement au point de vue thérapeutique, mais aussi au point de vue anatomo-pathologique.

CONCLUSIONS. — De tout ce qui précède il résulte un fait indéniable, c'est l'influence évidente du traitement rhino-pharyngien sur le goitre ordinaire et sur le goitre exophtalmique. L'explication que je donne du mode d'action de ce traitement est-elle la vraie? Bien qu'elle me paraisse la seule qui soit conforme aux données anatomiques et physiologiques, je ne voudrais pas cependant l'affirmer, étant donné certaines lacunes qui existent encore au point de vue anatomo-pathologique.

Si, toutefois, on veut bien l'admettre jusqu'à plus ample informé, l'étiologie des goitres deviendrait aussi claire qu'elle est obscure. Elle pourrait tenir tout entière dans le tableau suivant :

1° *Lésions vasculaires* : de l'oropharynx, produisent goitre simple ; du cavum et du nez, produisent exophtalmie ; des muqueuses, du nez et du pharynx, produisent goitre et exophtalmie.

2° *Lésions mixtes : Vasculaires et sympathiques :* de l'oropharynx, produisent goitres et troubles cardiaques; du cavum et du nez, produisent exophtalmie et troubles cardiaques; de tout le rhino-pharynx, produisent maladie de Basedow classique.

3° *Lésions sympathiques seules* : de l'oro-pharynx, du cavum et du nez, de tout le rhino-pharynx, produisent troubles cardiaques sans goitre, ni exophtalmie.

Le traitement rhino-pharyngien, tel que je l'ai décrit, a été constamment appliqué de la même façon chez tous mes malades, mais je ne prétends pas que d'autres moyens thérapeutiques ne puissent donner les mêmes résultats. Si je me suis astreint à ne pas varier mon mode de traitement, c'est que je voulais avoir des observations entièrement comparables..

Je souhaite, en terminant, que ces idées nouvelles dans l'histoire des goitres soient prises en considération, que de nouvelles expériences soient faites par d'autres que par moi, que l'anatomie pathologique *des goîtres*, avec examen histologique, soit étudiée à nouveau dans le sens que j'indique, et j'ai la ferme conviction que ces nouveaux travaux viendront confirmer mes assertions.

OUVRAGE DE THÉRAPEUTIQUE PHYSIQUE. — Désirant que mon *Traité de Thérapeutique Physique*, que je suis en train de rédiger, soit aussi complet que possible, et qu'aucun des ouvrages importants parus à l'*Etranger* ne soit oublié ou négligé, je prie mes savants confrères de vouloir bien me faire parvenir leurs travaux sur des arguments de thérapeutique physique (kinésithérapie, gymnastique médicale, massage, vibrothérapie, orthopédie mécanique, électrothérapie, radiothérapie, photothéraphie, aérothérapie, thermothérapie, hydrothérapie, balnéothérapie, hydrologie, climatothérapie, thalassothérapie, diétothérapie, etc.). (Dr CH. COLOMBO, Via Torino, n. 117, Roma.)

LE TESTAMENT DE Mme EDGAR QUINET. — Mme Edgar Quinet a laissé un testament qui contient des clauses intéressantes. Nous signalerons la fondation, en mémoire de son illustre mari, d'un prix d'honneur : « Edgar Quinet » qui permettra, à l'élève de l'école primaire supérieure Edgar-Quinet, de faire un voyage à Oxford. Mme Quinet a légué, en outre, à cette école tout un mobilier, bibliothèques, livres, gravures, portraits photographiques, à l'exception du portrait à l'huile d'Edgar Quinet et du dessin d'Ary Scheffer, qui seront offerts, soit au Musée du Louvre, soit à Carnavalet. Enfin, une autre clause attribue à la Bibliothèque nationale tous les manuscrits d'Edgar Quinet. (*Le Temps* du 9 février 1901.)

MÉPRISE D'UN EMPLOYÉ. — On mande de Sarlat que l'avant-dernière nuit le Dr Laborie, médecin du canton de Carlux, a été victime d'uune terrible méprise. Un employé des tabacs, croyant avoir affaire à un contrebandier, a tiré sur lui deux coups de revolver et l'a grièvement blessé. L'auteur de cette méprise s'est mis à la disposition de la justice. Il a été condamné à 100 francs d'amende avec application de la loi Bérenger.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos de la Reine Draga. Grossesses simulées et fausses grossesses.

« Rien n'est petit chez les grands », disait Ricord, en faisant allusion à la trop célèbre maladie d'un roi trop célèbre. Ce mot du spirituel clinicien nous revient à l'esprit, en présence du retentissement au travers du monde d'une royale erreur. — Une femme se croit enceinte; au bout de quelques mois, une hémorragie survient qui fait penser à un avortement; — puis le volume du ventre continue à augmenter; 9 mois s'écoulent, 10 même; on l'examine alors, et l'on reconnaît son erreur. — Telle est l'histoire très banale de nombre de femmes venant consulter dans nos maternités. — Des conséquences politiques viennent de rendre un de ces faits célèbre; il n'est question, dans toute la Presse, que de la Reine Draga ; — nous n'en conterons pas l'aventure, connue de tous, désormais; mais, à ce propos, il nous paraît intéressant d'examiner, au point de vue médical, ces cas de fausses grossesses et de grossesses simulées.

Une première question se pose : Une femme peut-elle simuler une grossesse à laquelle elle ne croit pas? — Disons tout d'abord, que le cas se présente assez rarement; il importe beaucoup plus souvent de dissimuler une grossesse, que d'en simuler une. — Cependant, il est des conditions où la femme a intérêt à se faire croire en position intéressante, pour se faire épouser, par exemple, — et l'on voit les troubles politiques qui peuvent, dans le cas auquel nous faisons allusion, naitre d'une telle supposition ; — ou bien encore, pour échapper à la Justice. On sait, en effet, que la loi du 23 germinal de l'an III prescrit de ne pas mettre en jugement une femme enceinte prévenue d'un crime comportant la peine de mort.

Cette disposition ne se retrouve pas dans le Code pénal de 1810 ; cependant, en réalité, la justice continue à manifester aux futures mères une clémence sur laquelle quelques-unes escomptent. Au début, l'erreur est fatale, tant que le toucher n'est pas pratiqué, et encore...; d'autant plus qu'un régime approprié procurera aux plus savantes un visage étiré, voire même des vomissements. Plus tard, la femme peut se créer artificiellement un abdomen accusateur. On se rappelle le crime de la rue de Malte : la fille Lavery, sur qui planaient les plus légitimes soupçons, épousa, en prison, l'homme qui, dit-elle, l'avait mise enceinte ; plus tard, on reconnut que le volume de l'abdomen, qui avait empêché de mettre en doute ses dires, était dû à une accumulation de linges et de serviettes !... Ces faits sont curieux, mais, à coup sûr, très rares.

Bien plus fréquemment, la femme, de très bonne foi, est elle-même la première dupe ; — et, fait plus curieux, les hommes de l'art qui l'examinent peuvent très bien partager cette erreur. — Nous ne parlerons pas des cas nombreux où une tumeur, le fibrome surtout, en impose pour une grossesse ; — de même, nous ne ferons que citer les cas d'hypertrophie utérine par métrite parenchymateuse s'accompagnant de périmétrite ; nous voulons aborder, de suite, la question des

grossesses fantômes, des fausses grossesses au sens exact du terme. — On leur a encore donné les noms de grossesses gazeuses, adipeuses, nerveuses ou par illusion pure, suivant que l'erreur provient d'une distension de l'abdomen par des gaz intestinaux, d'une obésité extrême de la paroi, ou d'une auto-suggestion de la femme. Ce dernier cas est de beaucoup le plus curieux, étant donné surtout qu'il est, le plus souvent, extrêmement difficile de convaincre la femme de son erreur.

Presque toutes ces femmes présentent des signes de parenté; il s'agit, le plus souvent, de primipares âgées, très désireuses d'une grossesse vainement attendue ; ces « affolées de maternité » peuvent présenter tous les signes sympathiques de la gestation : leurs traits s'étirent; elles vomissent, deviennent plus capricieuses que de coutume. Bien plus, le volume du ventre augmente, quelquefois très régulièrement ; enfin, et surtout, la femme sent remuer son enfant; cela, elle l'affirme, et est très surprise de voir mettre en doute ses assertions, lorsqu'elles viennent demander au médecin de leur fixer la date de leur accouchement. Le diagnostic est rendu encore plus difficile du fait de l'irrégularité ou de l'absence habituelle des périodes menstruelles ; enfin une sensibilité exagérée de la paroi abdominale pourra mettre obstacle à toute tentative de palper. Celui-ci, du reste, pourrait induire en erreur, en permettant de sentir des tumeurs se déplaçant sous la main, provenant du muscle contracturé.

L'erreur peut aller plus loin encore : il peut y avoir un « *faux-travail* » à la fin de ces fausses grossesses. Tout le monde connaît le cas de Depaul : cet accoucheur est un jour appelé pour accoucher une femme qu'il savait, à coup sûr, n'être pas enceinte; elle avait des douleurs, mais le toucher, pratiqué par acquit de conscience, montra le col petit et fermé. Depaul le prit sévèrement, et une crise de larmes termina la scène. L'erreur est-elle donc fatale? Non, dans la très grande majorité des cas: évidemment l'interrogatoire ne servira pas à grand'chose; de même en est-il de l'inspection et de la palpation. Déjà, l'auscultation fera éviter bien des méprises, à condition de la pratiquer suivant toutes les règles de l'art : à tête reposée, en tenant le pouls de la femme, et à plusieurs reprises, à quelques jours d'intervalle. Mais le toucher surtout sera d'un grand secours; il montrera l'absence de ramollissement du col, l'absence d'ampliation du segment inférieur, etc..... Si, par ailleurs, on a soin de purger énergiquement la malade, de façon à faire disparaître le météorisme; et, d'autre part, de la suggestionner afin de faire disparaître les phénomènes sympathiques, on arrivera presque toujours au diagnostic. Un moyen héroïque, mais extrêmement dangereux, est l'hystérométrie : on ne saurait trop conseiller de ne pas s'en servir. Enfin, disons qu'il est des cas où toutes les difficultés se trouvent réunies : vagin long et intolérant au doigt, col lointain ou même inaccessible, palper impossible, où le temps seul tranchera la question.

Disons en terminant, quelques mots d'une dernière question : on sait que la Reine Draga fut accusée d'avoir voulu se faire avorter, alors qu'elle n'était pas enceinte. Ceci nous rappelle toutes les erreurs de diagnostic auxquelles prête l'avortement; non seulement il est souvent difficile de dire s'il y a eu ou non avortement, mais encore on est, très fréquemment, dans l'impossibilité d'affirmer si cet avortement a été ou non provoqué; de récents travaux ont montré que les mutilations du fœtus peuvent se produire sans intervention. Bien plus, il n'est pas rare de trouver des femmes qui ont tenté des manœuvres d'avortement, alors qu'elles n'étaient pas enceintes. On a pu retirer les instruments les plus divers d'utérus qui jamais n'avaient été gravides.

Une conclusion se dégage de ce court exposé : c'est que la science médicale n'est pas de nature à faire mentir l'axiome : *Errare humanum est*; et, sans crainte d'être lapidée, la reine Draga pourra dire aux Princes de l'Obstétrique : « Que celui qui ne s'est jamais trompé me jette la première pierre (1). »

Cyrille Jeannin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 mai 1901

Recherches sur la maladie des chiens. Vaccination du chien contre l'infection expérimentale.

M. C. Phisalix, en inoculant dans les veines du chien, un microbe qu'il avait retiré du sang et des organes de cobayes, atteints d'une septicémie aiguë, avait déterminé une maladie dont l'allure générale rappelle l'affection spontanée qu'on désigne sous le nom de « maladie des chiens ». Pensant avoir affaire à un microbe, sinon identique, du moins très-voisin du microbe spécifique du chien, il avait vacciné des chiens dans le but de les préserver de la maladie du jeune âge. Après de nombreuses tentatives, il a retrouvé chez le chien malade ce même microbe avec tous ses caractères morphologiques et biologiques. Il en a poursuivi l'étude, et à pu, à l'aide des cultures atténuées, inoculées sous la peau, conférer au jeune chien une immunité qui lui permet de résister à la contagion naturelle aussi bien qu'à la transmission expérimentale de la maladie spécifique. Le problème de la vaccination contre la maladie du jeune âge est donc résolu et la méthode des inoculations préventives, introduite dans la pratique, pourra rendre aux éleveurs les plus grands services.

Recherches sur l'injection de sang et de sérum néphrotoxiques au chien.

M. Bierry montre que le sang de lapin, ayant reçu une émulsion de reins de chien, est néphrotoxique pour le chien, l'injection de 20 à 30 c.c. de ce sang à un chien de 10 à 12 kilogrammes entraîne une albuminurie intense, et dans certains cas, la mort en quatre ou cinq jours. Le sang où le sérum de chiens ainsi rendus néphrétiques détermine aussi de l'albuminurie chez les chiens auxquels on l'injecte; les animaux de cette seconde série fournissent à leur tour un sérum néphrotoxique pour des chiens neufs; il semble que l'on puisse continuer l'expérience un nombre indéfini de fois. Cette action néphrotoxique peut se manifester d'une façon instantanée et s'atténuer progressivement, sans toutefois cesser d'une manière complète, ou bien se faire sentir peu à peu et augmenter jusqu'au dixième ou au douzième jour, moment où l albumine devient dosable dans les urines. Ces propriétés ne sont pas détruites par le chauffage à 50° ou 60° durant une demi-heure, voire même trois quarts d'heure. Le sang normal de lapin et de

(1) Voir deux cas dans le nº de juin des *Arch. de Neurologie* et un autre dans le *Journ. de Méd. et de Chir. prat.* du 25 janv. 1901.

chien, chauffé ou non, ne provoque dans les mêmes conditions qu'une albuminurie passagère, disparaissant en quatre ou cinq jours au plus. PHISALIX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 mai. — PRÉSIDENCE DE M. RAILLET.

Névrites expérimentales par injections de sérums toxiques.

M. DOPTER. — Certains sérums toxiques, comme ceux de l'urémie, donnent les phénomènes cliniques de la névrite périphérique. — Le sérum des cancéreux, des asystoliques, des diabétiques injectés au niveau des sections du sciatique chez le cobaye provoquent la dégénérescence wallérienne plus ou moins accusée suivant le sérum. Ces accidents nerveux périphériques survenant au cours d'accidents toxhémiques ont pour cause les substances toxiques qui, en circulation dans le sang, imprègnent l'élément nerveux, en troublent la structure et la fonction. Pour le sucre, il n'engendre que des lésions insignifiantes ; l'acide oxybutique et diacétique donnent des résultats négatifs ; l'acétone produit des lésions de dégénérescence wallérienne bien caractérisées, rôle qui n'est peut-être pas exclusif.

Perception dans les modifications respiratoires.

MM. VASCHIDE et MARCHAND ont observé chez un perséeuté des modifications d'amplitude, de vitesse et de forme des courbes respiratoires suivant l'acte émotif provoqué. Si l'émotion est plus intense, le temps intermédiaire est plus long. Le sujet réagit lentement, ce qui explique ce défaut de rapidité de perception et la succession si facile à mesurer des troubles respiratoires.

Sécrétions pancréatiques.

MM. LAGUESSE et WERTHEIMER (de Lille) recherchent la production des ferments amyalotiques et tryptiques du pancréas. Les examens histologiques faits sur des fragments de pancréas d'animaux normaux, soumis ensuite à des excitations pancréatiques réflexes et sous l'action de la pilocarpine, ont montré que les cellules du pancréas normal sont remplies de granulations cynotiques, tandis que les cellules du pancréas soumis à des excitations prolongées n'en contiennent plus que dans la moitié de leur hauteur. L'amylase ne proviendrait pas des grains zymotiques.

M. CATHELIN a chloralisé des chiens par injection de solutions de chloral par voie épidurale : il les a endormis, mais ils ont succombé le lendemain.

M. YVON remarque que l'injection intra-veineuse du chloral a donné de meilleurs résultats.

M. MAUREL (de Toulouse) détermine les plus basses températures compatibles avec la vie.

M. CHARRIER (de Montpellier) indique le dédoublement de la floridéine au niveau du rein.

M. ZACCHARIADES dépose une note sur la forme des fibres conjonctives.

Séance du 19 mai. — PRÉSIDENCE DE M. RAILLET.

Désinfection des dents cariées.

M. CHOQUET, s'appuyant sur les données histologiques, montre que l'on peut arrêter la carie dentaire, à condition de déshydrater la dentine pour permettre la pénétration des antiseptiques. On nettoie la cavité dentaire avec de l'alcool, puis on applique un mélange d'alcool, de xyline, d'essence de géranium et d'hydronaphtol, ce qui permet ensuite d'obturer.

Résorption, momification et macération expérimentale d'un fœtus de cobaye.

M. BRICANDET. — La ligature de l'utérus, produite suivant la nomenclature, arrête le développement, la résorption, la momification ou la macération du fœtus.

D'après l'état des vaisseaux dans la macération, les échanges sont produits au minimum entre la mère et le fœtus.

Au tiers de la grossesse, la momification est produite par l'action des membranes fœtales ; elles sont épaissies, résistantes et s'appliquent sur le produit dont elles absorbent les humeurs. Dans la résorption de l'embryon, on voit dans les enveloppes des cellules conjonctives, dérivées de la vésicule ombilicale, prendre un développement considérable. L'épithelium cutané de l'embryon disparait, les éléments du derme prolifèrent et se joignent avec les cellules embryonnaires des membranes. Les cellules hépatiques, rapidement en dégénérescence, sont entourées de globules blancs qui viennent des vaisseaux. Les épithéliums des organes disparaissent peu à peu, bientôt on ne trouve plus comme tissus organisés que des cellules cartilagineuses et le cristallin qui vivent par imbibition ; finalement, il ne reste plus que des cellules conjonctives embryonnaires. Le placenta disparaît plus lentement, les globules blancs y sont nombreux, certaines des cellules semblent devenir migratrices. Elles se résorbent sur place et passent dans l'organisme maternel.

Greffes péritonéales.

M. LOEVRY. — Dans la réparation des organes abdominaux, les greffes péritonéales jouent un rôle utile : l'auetur a fait de nouvelles expériences avec des lambeaux d'épiploon pour obturer des plaies du foie et de l'estomac.

Cryoscopie du liquide de l'œdème.

M. BAYLAC, poursuivant sur le liquide de l'œdème les recherches de Widal, Sicard et Ravaut, n'a pu retrouver les différences cryoscopiques marquées suivant la nature de l'affection ayant déterminé l'œdème.

Mastzellen dans les vaisseaux d'un paralytique général.

MM. ARTHAS et FRANCA ont histologiquement reconnu, au milieu d'éléments lymphoïdes qui infiltrent les vaisseaux corticaux des paralytiques généraux, des « mastzellen » ou cellules à granulations basophiles d'Ehrlich. — Il y a aussi des éléments volumineux, à noyaux sphériques, protoplasma homogène, analogues à ceux observés par Widal, Ravaut et Sicard dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 mai 1901.

Pathogénie de la scrofule.

M. HACKS (de Fécamp) ne croit pas au rôle du bacille de Koch dans la scrofule. Ses agents sont le streptocoque, le staphylocoque, le coli-bacille, hôtes habituels de la peau. Mais la grande cause est l'aération insuffisante agissant sur l'anémie générale et entraînant aussi une asphyxie locale de la peau.

Les sensations musicales et l'anesthésie.

M. LABORDE signale un procédé très curieux, dû par un chirurgien-dentiste de Paris, M. DROSNER, et combinant la musique avec l'anesthésie par le protoxyde d'azote. Les sensations laissées par l'anesthésie sont par ce procédé toujours agréables.

Comme Moreau (de Tours) et comme Ferrand l'avaient déjà fait, M. Laborde a essayé l'emploi de la musique dans le traitement de la manie avec agitation ; il en a obtenu quelques résultats favorables. M. Laborde se demande s'il n'y aurait pas lieu d'étendre cette méthode à l'anesthésie opératoire par l'éther et le chloroforme qui provoquent si souvent des rêves et hallucinations désagréables.

Vertige nasal.

M. SUAREZ DE MENDOZA cite un fait de vertige nasal dû à un épaississement de la cloison et guéri par son ablation.

Séance du 21 mai 1901.

Une épidémie de horse-pox.

M. Moreau (de Lusignan) a observé 22 cas de horse pox des mains avec adénites millaires chez des palefreniers ayant soigné des juments atteintes de horse pox. L'incapacité de travail fut assez longue. La revaccination éviterait ce chômage et ce petit accident.

Les flèches empoisonnées.

M. Bureau montre qu'au moins en Afrique le poison est plus souvent une apocynée qu'un strychnos.

M. Laborde signale l'importance pratique de cette étude pour les expéditions coloniales. Parmi ces poisons, les uns sont mixtes, c'est-à-dire à la fois végétaux et animaux, les autres exclusivement végétaux. En général, leur action physiologique s'exerce d'une façon prédominante sur les fonctions encéphalo-bulbaires, avec des phénomènes convulsifs, on voit survenir des troubles cardio-pulmonaires, et conséquemment, comme mécanisme de la mort, un processus asphyxique qui indique l'intervention des meilleurs procédés de respiration artificielle. Enfin, à propos des strychnées, dont M. Bureau s'est particulièrement occupé, M. Laborde rappelle le strychnos toxifera, dont il a retiré, avec M. Duquesnel, un extrait qui a tous les caractères du curare, et qui exerce à la fois son action préventive et curative dans le tétanos strychnique.

De la création d'un sanatorium privé pour lépreux.

La lèpre devenant assez fréquente en France, Dom Sauton, bénédictin et docteur en médecine songea à fonder un sanatorium à Ronceux, près Neufchâteau. En présence de l'opposition du Conseil municipal, l'avis de l'Académie fut demandé.

Voici les conclusions de M. Besnier, chargé du rapport : 1° Dans la mesure, dans les conditions et avec les réserves expresses formulées au cours du rapport, l'Académie pense que, placé le plus près possible d'une région où il y a encore des lépreux, un sanatorium privé pour lépreux, peut avoir une réelle utilité; 2° Dans la mesure et avec les réserves expresses formulées au cours du rapport, l'Académie pense que, convenablement situé et isolé, solidement réglementé dans sa constitution par l'autorité sanitaire, et soumis par elle à une surveillance intérieure et extérieure permanente et effective, un sanatorium privé pour lépreux paraît, dans l'état actuel, ne devoir être l'origine d'aucun inconvénient pour la santé publique; 3° L'état actuel de notre législation ne rendant pas cette surveillance possible, une commission nommée par l'Académie étudiera les mesures qu'il y aurait lieu de prendre à cet égard.

La discussion aura lieu dans la prochaine séance.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 mai 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Injections intra-rachidiennes de cocaïne dans le tabes.

M. Faisans a injecté sans résultat, dans le canal antrarachidien, cinq milligram., puis un centigr. de cocaïne pour calmer les crises gastriques du tabes.

Ponction lombaire dans l'urémie.

M. P. Marie remarque qu'en Allemagne on pratique la ponction lombaire dans l'urémie, il doute de son action dans l'urémie convulsive.

Ictère acholurique dyspeptique

MM. Gilbert et P. Lereboullet font remarquer que la dyspepsie accompagne presque toujours l'ictère acholurique qu'ils ont récemment décrit.

M. Chauffard ne croit pas à l'ictère acholurique, il pense au contraire que la cholémie sans ictère est fréquente et se demande si souvent elle n'est pas physiologique.

Réflexes pupillaires et Syphilis.

MM. Babinski et Charpentier présentent des malades syphilitiques qui, sans aucun trouble nerveux apparent, présentent le signe pupillaire d'Argyll Robertson.

Injections précoces du sérum antidiphtérique.

M. Chantemesse communique de nombreuses statistiques tendant à démontrer que les injections de sérum antidiphtérique, pour être très efficaces, doivent être faites le plus tôt possible.

Atrophie du maxillaire supérieur.

MM. P. Marie et Guillain présentent un malade tabétique porteur d'un trouble atrophique très rare, c'est l'atrophie du maxillaire supérieur. J. N.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 14 mai 1901. — Présidence de M. Kirmisson.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le *traitement thyroïdien dans la pathologie infantile et particulièrement dans l'infantilisme*, à propos de la récente communication de M. Appert.

M. Guinon, après avoir rappelé les divers travaux relatifs à l'infantilisme, et présenté d'intéressantes remarques sur ses variétés originelles et sur la nécessité d'en réviser la classification, rapporte l'observation d'un de ses jeunes malades soumis au traitement thyroïdien. C'est un adolescent bien constitué et intelligent, mais dont les organes génitaux ont subi un arrêt de développement, et dont la musculature laissait également à désirer; le traitement thyroïdien exerça chez ce jeune homme une influence manifeste sur le développement musculaire, mais resta sans effet sur le développement génital.

M. Variot fait observer que, dans le cas de M. Appert, il y avait obésité et cryptorchidie, mais cryptorchidie inguinale, qui est la moins dangereuse au point de vue de son influence sur le développement général. Il a employé les pastilles de corps thyroïde pendant 2 mois chez une jeune fille polysarcique de 12 ans, et par cette médication, combinée à un régime alimentaire approprié, il a obtenu une diminution de poids de 6 kilogrammes, sans que l'enfant ait ressenti aucun inconvénient. — Il est d'avis qu'il faut recourir de préférence au traitement orchitique lorsqu'il s'agit de sujets bien développés, mais dont les organes génitaux sont restés en retard.

M. Guinon dit que son jeune malade a éprouvé au bout de quelque temps, sous l'influence du traitement thyroïdien, des palpitations et des insomnies qui lui ont fait interrompre cette médication. Actuellement, il fait à cet enfant trois injections de liquide orchitique par semaine; depuis lors, le sujet est plus fort, plus nerveux, mais l'influence du traitement sur le développement des organes génitaux et sur leur fonctionnement est restée complètement nulle jusqu'à présent.

M. Guinon aborde ensuite l'importante question des doses et des accidents. Dans un cas de traitement thyroïdien avec 1 gr. par jour de glande fraîche, il a observé une mort subite par spasme de la glotte, en rapport avec une infiltration graisseuse des replis aryténo-épiglottiques. Dans un autre cas, chez une jeune fille, avec trois pastilles de Bayer, il a vu survenir des vertiges et des vomissements.

M. Appert dit que le traitement thyroïdien agit sur l'ensemble de l'économie et sur le testicule en particulier. Il cite le fait d'un enfant cryptorchide, soumis au traitement thyroïdien depuis 11 mois, et chez qui l'on sent maintenant, au niveau de l'anneau inguinal profond, un testicule que l'on n'avait pu percevoir antérieurement. Au point de vue de la pathogénie de l'infantilisme, il montre le corps thyroïde d'un sujet infantile dont le développement s'était arrêté à l'âge de 12 ans, et qui est mort tuberculeux; ce corps thyroïde renferme un noyau du volume d'une grosse noisette, ayant toutes les apparences d'un noyau tuberculeux, mais dont l'examen microscopique n'a pas encore pu être fait.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

Sur la seconde question à l'ordre du jour de la Société : *La sérothérapie préventive de la diphtérie*, à propos de la communication faite par M. Guinon dans la séance d'avril,

M. NETTER communique un travail des plus remarquables, très étudié et très documenté, où il met en lumière la haute valeur de l'inoculation préventive, ses conditions d'application, sa supériorité sur l'isolement, et l'avantage qu'il y aurait à vulgariser et à généraliser cette pratique qu'il considère comme un moyen héroïque d'enrayer la propagation de la diphtérie.

La discussion de cet important travail qui sera, d'ici-là, publié dans le Bulletin de la Société, est ajournée à la prochaine séance.

M. VARIOT communique un fait *d'hypertrophie congénitale simple du membre inférieur gauche*, qu'il a eu l'occasion d'observer chez un enfant de 20 mois, mort, dans son service, de diphtérie rubéolique.

M. LOBLIGEOIS fait une communication *sur la diazoréaction dans la diphtérie.*

M. Prosper MERKLEN lit, en son nom et au nom de M. E LESNÉ, un travail sur *l'épreuve du bleu de méthylène chez les nourrissons.*

M. MAUCLAIRE montre un sujet qu'il a traité par la ligature du cordon, pour une tuberculose épididymaire à droite. L'opération date d'un an maintenant ; la bacillose a été complètement enrayée, avec atrophie du testicule; il semble que le testicule gauche ait subi depuis lors un certain degré d'hypertrophie. Ch. H. PETIT-VENDOL.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Séance d'avril 1901. (Suite.)

Un cas de rupture utérine.

M. HERRGOTT (de Nancy). — Pour terminer un accouchement très laborieux chez une femme de 33 ans; primipare à terme, en travail depuis longtemps, présentation de l'épaule gauche avec procidence du bras, membranes rompues avant la dilatation complète, enfant mort. M. Herrgott dut pratiquer l'embryotomie rachidienne. Pendant cette opération, qui dura plus de deux heures, un peu de sang s'écoula de l'utérus qui jusque-là était resté fortement abaissé, contracture de consistance ligneuse. Il devint globuleux, prit une forme rappelant celle d'un sablier dont le renflement supérieur s'éleva un peu dans l'abdomen, en même temps qu'une crépitation emphysémateuse apparaissait dans la région hypogastrique et faisait penser nettement à une rupture.

Après l'embryotomie et après la délivrance : l'exploration de l'utérus fit reconnaitre une rupture de forme régulière, mais complète, partant du bord latéral gauche du col et se continuant avec une déchirure supérieure transversale. La laparotomie, pratiquée immédiatement, ne put pas sauver la malade, bien qu'on eût fait un Porro pour aller plus vite. L'auteur insiste sur la circonstance fâcheuse à laquelle il attribue ce désastre : la rupture prématurée des membranes, pratiquée avant la dilatation complète de l'orifice utérin.

Arrêt des hémorragies par des mouvements gymnastiques.

M. STAPFER pense que la kinésithérapie est le traitement le meilleur des hémorragies utéro-annexielles à condition de faire agir le groupe musculaire pelvi-trochantérien. L'auteur place la malade en décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses et le siège soulevé au-dessus du plan du lit. Il écarte et il rapproche alternativement les deux genoux; on doit faire deux séances par jour, chaque séance comportant de trois à cinq mouvements.

M. LOVIOT estime qu'il ne faudrait pas oublier le traitement anti-arthritique cholagogue en pareil cas.

M. KEIFFER se demande alors si le traitement qui consiste à ordonner la marche aux aménorrhéiques est bien rationnel. Les faits qu'il a observés et les résultats apportés par M. Stapfer lui permettent de croire que ce traitement fait fausse route et risque de rendre complète une aménorrhée jusque-là relative.

Les savons et l'antisepsie en obstétrique.

MM. DÉMELIN et AUDION. — Frappés par la négligence dont sont l'objet, dans beaucoup de services, les savons, alors que l'eau destinée au lavage des mains des opérateurs et des élèves est soigneusement sterilisée, ces auteurs ont procédé à quelques ensemencements des savons mis à la disposition des élèves stagiaires et des moniteurs à la salle d'accouchement de la clinique Tarnier, et ont obtenu des résultats positifs dans la presque totalité des cas. Il n'y eut en effet d'exception que dans un cas où le savon fut gratté avec un bistouri flambé mais d'une main un peu lourde; la semence fut alors prélevée, non pas à la superficie du savon, mais dans l'épaisseur même de sa pâte. Un savon au sublimé, également ensemencé, donna à la surface de la gélose non pas des colonies apparentes, mais un enduit blanchâtre très mince dans lequel des diplocoques conservant le grain purent être colorés.

Un savon liquide aseptiquement fabriqué et conservé dans les tubes de plomb, semblables à ceux des couleurs à l'huile, fut aussi l'objet d'examens bactériologiques ; ceux-ci restèrent négatifs. Après s'être lavé les mains avec le savon au sublimé et avec des fragments de savon ordinaire, les auteurs ont ensemencé la surface de ces savons et ont obtenu pour le savon ordinaire une culture négative, et pour le savon au sublimé une culture de tétragènes. Enfin le liquide savonneux contenu dans le porte-savon du lavabo fut reconnu comme pouvant servir de milieu de culture à de nombreux staphylocoques.

Les *conclusions* de ce travail sont les suivantes. Il serait dangereux de compter sur les prétendues propriétés antisepseptiques du savon ; la pâte elle-même du savon est aseptique, étant donnée la température à laquelle elle se trouve au moment de la fabrication, mais la surface des fragments est contaminée le plus souvent, comme objet exposé à l'air et à tous les contacts ; cette surface peut ensuite, conservant vivants les microbes, contaminer les mains d'un opérateur confiant. Il est donc nécessaire que celui-ci, avant d'aseptiser ses mains, prenne le soin d'abord d'aseptiser son savon, soit en dissolvant et enlevant sous un filet d'eau sa couche superficielle, soit en procédant à plusieurs savonnages successifs des mains avec le même fragment de savon sans le poser nulle part, sans le laisser plonger dans la cuvette. Il faut aussi, après s'être lavé les mains, éviter à tout prix de se les rincer dans la cuvette qui contient encore l'eau de ces lavages. Enfin on évitera toutes les chances d'infection en se servant d'un savon liquide aseptique dont les quelques gouttes nécessaires à chaque lavage ont l'avantage de ne servir qu'une fois et dont la dernière dose peut remplacer la vaseline.

M. LEPAGE annonce qu'il se sert depuis deux mois dans son service d'un savon liquide semblable, mais que le plus souvent les femmes examinées avec le savon employé comme lubrifiant l'ont toujours accusé de produire une cuisson désagréable au niveau de la muqueuse vulvo-vaginale.

M. AUDION croit pouvoir attribuer cette cuisson en partie à la glycérine que contiennent ces savons liquides.

Photographies stéréoscopiques concernant l'engagement du sommet dans les bassins normaux et viciés.

M. FOCHIER (de Lyon). — Ces photographies, exécutées par le procédé de Destot, donnent un relief saisissant et permettent d'étudier toutes les particularités des différents engagements de la tête faciale dans les cas de viciation pelvienne.

M. Fochier montre que la forme du détroit supérieur normal permet de considérer deux détroits d'engagements, l'un suivant le diamètre oblique droit à la tête fœtale peut mettre ses dimensions longitudinales en rapport avec l'un de ces deux diamètres. Dans les bassins viciés, le fait important en clinique est de faire le diagnostic de la forme du bassin d'après la direction du diamètre d'engagement, du degré de la flexion et de l'inclinaison de la tête fœtale ; c'est pour arriver à ce but que M. Fochier classe les bassins suivant le nombre des diamètres d'engagements.

L'anesthésie cocaïnique en obstétrique et en gynécologie.

M. DOLÉRIS. — L'injection intra-rachidienne de [illegible] à 25 gouttes de cocaïne stérilisée procure une analgésie sans perte de connaissance, qui n'a rien de comparable à l'anesthésie chloroformique. L'analgésie est très rapide en dix minutes; un quart d'heure au plus elle est complète, le plus souvent en cinq minutes. Les propriétés acytociques ont été déjà montrées

par Accousi en 1891, tout au moins pour la cocaine introduite par la voie stomacale. Cette propriété incontestable ne suffit cependant pas à provoquer un travail durable.

L'action hémostatique, bien connue depuis les travaux de François-Franck sur le cœur, n'est ici, en réalité, que la conséquence de la propriété acytocique qui ferme les vaisseaux comme une sorte de ligature vivante.

Abcès de la vésicule biliaire pendant les suites de couches.

M. Doléris. — Il s'agit d'une femme qui fit un accouchement prématuré à huit mois avec 39° de température et présenta le lendemain des températures de 40°, 41°. On pensa à la fièvre typhoïde, cependant, dans la crainte d'une infection utérine, on fit un curettage qui n'amena aucune amélioration et montra que l'utérus était sain. Le lendemain, le séro-diagnostic positif démontra la réalité de la fièvre typhoïde. Mais quelques jours après survint une voûssure sous-hépatique qui fit faire le diagnostic d'affection suppurée de la véscicule biliaire ; la laparotomie démontra l'exactitude de cette hypothèse et, fait exceptionnel, le bacille d'Eberth fut trouvé dans le liquide bilieux qui s'écoula de la plaie pendant les premiers jours *qui suivirent la cholécystostomie.*

La lymphangite et la galactophorite à la maternité de la Charité

M. Maigrier rapporte que, du 1er mars 1898 au 1er mars 1901, il a observé sur 2.432 femmes accouchées à terme ou près du terme dans son service de la Charité, 139 infections du sein, soit 5,71 0/0. 51 femmes furent atteintes de galactophorite et 51 de lymphangite ; 37 eurent à la fois les deux affections. Il y eut aussi 5 cas de galactophorite du nouveau-né.

Allaitement pendant les suites de couches pathologiques

MM. Budin et Perret. — Les auteurs rapportent dix-neuf observations de femmes qui, malgré diverses affections fébriles, ont continué néanmoins à nourrir seules leur enfant. Ces observations ont trait à des femmes atteintes de grippe, lymphangite, angio-ictère galoctophorine, infection génitale, vagino-utérine, etc. Toutes ces femmes, malgré la fièvre, l'élévation de la température ou l'intervention chirurgicale, ont produit un lait qui n'a eu aucune mauvaise influence sur l'enfant. Ces auteurs concluent donc à l'inutilité de l'interruption de l'allaitement dans ce cas, ce qui a une importance considérable au point de vue pratique.

Enfants débiles

M. Budin. — En trois ans à la clinique Tarnier, l'auteur observa 435 enfants débiles dont 52 moururent et 388 sortirent vivants de l'hôpital. Quel fut leur sort ultérieur. M. Budin insiste sur les difficultés des recherches entreprises, dans ce sens surtout, si on les compare à l'étude du sort des enfants débiles observés facilement dans la clientelle où on peut les suivre. C'est ainsi qu'au point de vue de l'avenir cérébral des débiles, il cite l'exemple d'une petite fille qui, à sa maison, pesait 950 grammes. Or, elle est âgée de neuf ans et fort intelligente, elle parle deux langues. Parmi les enfants débiles nés à la cliniqne et revenus à la consultation, et il y en a : sur 14 nés en 1898, 9 qui vivent encore, 2 qui sont morts.

Sur 21 nés en 1899, 17 vivants, 2 morts, 2 disparus. De ce pronostic relativement bénin de la débilité congénitale surveillée, M. Budin conclut à la légitimité de la provocation de l'accouchement prématuré dans les bassins rétrécis ; il conseille même de ne pas attendre trop longtemps pour provoquer l'accouchement, car mieux vaut avoir un débile dont l'expulsion se fera facilement, qu'un enfant volumineux dont l'extraction nécessitera une application de forceps ou une version laborieuse.

H. C.

Monstre bicéphale. — Les journaux du Nord racontent que samedi dernier, à Bruay, MM. les Drs Souillart et Morel étaient appelés auprès d'une femme en couches qui mettait au monde un monstre bicéphale du sexe feminin. Il était bien constitué, les deux têtes étaient soudées à la colonne vertébrale par des vertèbres qui formaient les branches d'un V. (*Le Journal.*)

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Note sur le suc de Viande « Puro ».

Mon attention a été attirée, il y a quelque temps, sur un nouveau produit alimentaire, un nouveau suc de viande, préparé par le Dr H. Scholl, directeur de l'Institut médico-chimique de Thalkirchen, près Munich, et j'ai pu, grâce à un certain nombre d'échantillons libéralement mis à ma disposition, expérimenter ce produit chez plusieurs de mes malades. Les résultats de ces quelques essais, réellement très satisfaisants et pleinement conformes à ceux qu'ont obtenus et publiés divers confrères d'Allemagne des plus autorisés, m'ont déterminé à me charger de présenter aux lecteurs du *Progrès médical* cette nouvelle préparation, qui a reçu la dénomination de « Puro » (Fleischsaft Puro, suc de viande Puro).

Le Puro est du jus de viande dégraissée, extrait par pression, stérilisé, concentré par évaporation dans le vide jusqu'à consistance sirupeuse, assaisonné ensuite avec des légumes frais, et enfin clarifié. Il offre l'aspect, la couleur et la consistance de la mélasse ; son odeur est celle de la gelée du bœuf cuit dans son jus, et il a le même goût que celle-ci, à cette différence près qu'il n'est ni salé ni gras. Il se dilue aisément et vite, par légère agitation, dans les liquides chauds ou froids : bouillon, lait ou eau simple. Il se conserve remarquablement bien, sans altérations appréciables à la vue, à l'odorat ou au goût, dans le flacon entamé ; cette résistance à l'action de l'air a été constatée par tous ceux qui ont expérimenté le Puro, et elle a été, de plus, confirmée par des examens microbiologiques. Je l'ai contrôlée moi-même sur l'échantillon que j'ai consacré à des essais personnels : j'ai bien mis huit ou dix jours à le consommer, intentionnellement je ne le bouchais que de façon très sommaire, juste assez pour mettre le contenu du flacon à l'abri de l'entrée des poussières atmosphériques, et néanmoins il m'a été impossible de saisir la moindre différence, de quelque nature que ce soit, entre les dernières portions et les premières. Cette stabilité du Puro constitue une qualité précieuse, et une garantie contre les inconvénients que présentent, au point de vue de leur susceptibilité à l'influence de l'air, un grand nombre de produits alimentaires ou thérapeutiques d'origine animale.

Le Pr Fresenius (de Wiesbaden), a fait du suc de viande Puro une analyse complète, qui a été reproduite et commentée dans diverses notices allemandes consacrées à l'étude de ce produit ; le Pr Martin Mendelsohn (de Berlin), l'a soumis à des expériences de digestion artificielle qui ont démontré sa remarquable digestibilité ; d'autres auteurs ont donné des analyses comparatives du Puro et des jus, extraits ou substances dérivées de la viande, qui se partagent actuellement la faveur du corps médical, et ils ont traduit les résultats de leurs recherches par des tableaux ou des diagrammes qui mettent en relief les avantages du premier. Mais comme j'entends, dans cette note, rester sur le terrain de la modeste pratique, je me bornerai à quelques indications sommaires sur les principaux éléments qui entrent dans la composition du Puro. Tout d'abord, ce suc de viande se distingue des préparations similaires par sa forte teneur en albumine et en azote, ainsi que le montre le tableau ci-dessous :

	Eau.	Total d'albumine	Albumine naturelle.	Azote.
Suc de viande Puro. . .	36,60	33,29	21,32	9,3
Valentin's meat Juice. .	58,80	15,69	0,5	1,5
Brand's meat Juice . . .	56,00	18,48	2,5	2,5

Il ne contient qu'une quantité extrêmement faible de substance non digestible (Mendelsohn). L'hémoglobine s'y retrouve sans aucune modification de ses caractères normaux (Strebel). Enfin, en ce qui concerne les éléments minéraux du Puro, « il y a lieu de faire ressortir sa teneur en acide phosphorique et en potasse, comme importante au point de vue de la nutrition » (Mendelsohn). En somme, de par sa composition chimique,

produit très riche en éléments nutritifs, et stimulant en même temps que nutritif.

Les essais cliniques ont fourni des résultats conformes aux espérances que l'on pouvait concevoir d'après ces qualités du suc de viande Puro. Il constitue un puissant moyen de nutrition et de relèvement de l'organisme, dont l'action se fait sentir promptement en général, grâce à la facilité avec laquelle il est toléré et digéré ; les notices allemandes que j'ai sous les yeux contiennent de nombreuses observations, portant sur des cas très divers, et dans lesquelles son emploi a donné, à ce point de vue, toute satisfaction aux confrères qui l'ont administré à leurs malades. Mais ce qui m'a le plus frappé, dans mes lectures d'abord, et dans mes propres observations ensuite, ce sont les heureux effets du Puro chez les dyspeptiques avec intolérance gastrique et vomissements. Les faits de cette catégorie peuvent tous être rapprochés et représentés dans leurs grandes lignes par le schéma clinique suivant : on est en face d'un dyspeptique qui vomit plus ou moins fréquemment, et qui continue à vomir en dépit d'un traitement diététique et médicamenteux rationnel ; on lui fait prendre du Puro ; il le tolère, ses vomissements s'espacent de plus en plus, puis cessent, souvent dans un laps de temps très court ; son appétit se réveille au bout de quelques jours, et il accepte et tolère alors d'autres aliments qu'on lui permet progressivement ; enfin, ses troubles dyspeptiques s'amendent plus ou moins vite, en même temps que son état général se relève. Les observations du travail du Dr Schæfer (de Munich), sont particulièrement intéressantes et démonstratives, car elles ont eu pour sujets des prisonniers qui lui arrivaient pour la plupart à son hôpital en assez piteux état, anémiques, dyspeptiques, scorbutiques, et les heureux résultats que notre confrère a obtenus dans de semblables conditions et dans un semblable milieu n'en sont que plus concluants. Le Dr Carl Tittel, assistant du Pr Frühwald, dans la section des maladies des enfants de la Policlinique de Vienne, a étudié spécialement l'emploi du Puro en médecine infantile, et ses observations montrent que cette préparation, bien acceptée par l'enfant, produit chez celui-ci les mêmes effets bienfaisants que chez l'adulte, comme stimulant de l'appétit et comme reconstituant.

Voici quelques-uns des faits que j'ai observés moi-même :

Obs. I. — Jeune fille de 23 ans, couturière. Anémie prononcée, datant de loin déjà, et persistant malgré un traitement tonique et reconstituant institué depuis plusieurs mois, mais non régulièrement suivi et ayant subi à diverses reprises d'assez longues interruptions. A la fin de janvier, en même temps que je fais reprendre la médication tonique et reconstituante, je donne à la jeune malade le suc de viande de Scholl « Puro », à la dose de 3 cuillerées à café par jour. Elle le prend avec plaisir, soit le matin dans du cacao à l'eau, qui constitue son premier repas, soit aux autres repas dans la soupe. Au bout de quelques jours, son entourage remarque un commencement d'amélioration de son état général, que je constate moi-même à ma consultation suivante. Je fais continuer le traitement. Je revois la malade vers le milieu de février, alors qu'elle vient d'épuiser son second flacon de Puro. Elle continue à se remonter petit à petit de son état d'anémie ; les joues se recolorent et les muqueuses sont un peu moins pâles. Même traitement médicamenteux ; continuation de l'emploi du Puro. L'amélioration s'accentue peu à peu ; mais, une fois de plus, la malade cesse prématurément son traitement et échappe à ma surveillance, après avoir consommé son troisième flacon de suc de viande.

Obs. II. — Mme X..., crémière, 50 ans. Dyspepsie datant de plusieurs mois, avec vomissements fréquents ; constipation ; état anémique assez accentué. La malade a réduit d'elle-même son alimentation à du bouillon, du lait coupé d'eau de Vichy, des œufs et un peu de viandes blanches de temps en temps ; encore, malgré cela, lui arrive-t-il presque tous les jours de rejeter plus ou moins complètement ses aliments deux ou trois heures après leur ingestion. Après avoir essayé sans succès durable divers moyens médicamenteux et divers artifices d'alimentation, je prescris le Puro, trois cuillerées à café par jour, en même temps que je fais continuer l'emploi d'une solution de cocaïne, que j'avais conseillée depuis quelques jours, mais avec laquelle je n'avais pas réussi encore à couper court aux vomissements. La malade prend avec plaisir son Puro, dans du bouillon de préférence ; elle le tolère bien, les vomissements ne se reproduisent qu'à bien plus longs intervalles ; l'appétit revient, et quelques aliments solides légers sont conservés en sus du bouillon ou du lait additionnés de Puro, que j'avais recommandés à la malade de prendre seuls tout d'abord, à l'exclusion des aliments solides. Après le premier flacon, interruption de quelques jours, pendant lesquels la malade se relâche un peu de ses précautions au point de vue de l'alimentation ; les vomissements reparaissent. Dès que l'on recommence l'emploi du Puro, les effets remarquablement satisfaisants observés la première fois se reproduisent ; l'amélioration s'accentue rapidement, et de façon telle, que je pus cesser mes visites avant que le second flacon fût épuisé. La malade avait été si contente de son suc de viande et si convaincue du rôle qu'il avait joué dans son rétablissement, qu'elle alla au-devant de mes conseils en me manifestant d'elle-même l'intention d'en faire usage pendant quelque temps encore pour consolider sa guérison. J'ai eu de ses nouvelles depuis par son mari : elle s'est remise complètement, sans rechutes, dans un laps de temps assez court, après avoir consommé encore deux ou trois flacons de Puro.

Obs. III. — X..., 56 ans. Pensionnaire des Quinze-Vingts, en traitement à l'infirmerie pour mal de Pott et fistules consécutives à deux abcès par congestion. Anémie ; dyspepsie avec appétit très faible et vomissements fréquents. Je lui fais donner du Puro, 3 cuillerées à café par jour, dans du bouillon d'abord, plus tard dans du lait ou des potages. Il accepte volontiers son suc de viande, qu'il trouve excellent ; il le conserve, et, au bout de quelques jours, il accepte et il tolère également, sauf deux ou trois fois, quelques aliments solides pris en même temps. Dans l'intervalle entre le premier et le second flacon, interruption de trois ou quatre jours, pendant laquelle les vomissements reparaissent. Dès la reprise, même résultat que la première fois, c'est-à-dire interruption des vomissements, qui ne se reproduisent plus que rarement ensuite ; la corrélation entre la consommation du suc de viande et la cessation des vomissements fut si remarquable, que la sœur du service m'en fit spontanément la remarque. Peu à peu, les vomissements se font de plus en plus rares, l'appétit se réveille, le malade se remonte, et il arrive enfin à reprendre et à tolérer l'alimentation ordinaire, après avoir consommé cinq flacons de Puro.

Le suc de viande Puro se prend à la dose moyenne de trois ou quatre cuillerées à café par jour ; mais étant donné qu'il s'agit là d'une substance très nutritive sous petit volume, qui n'encombrera pas l'estomac, et qui sera d'ailleurs facilement digérée, on conçoit que l'on puisse sans inconvénient dépasser souvent cette dose : c'est une question de mesure et d'indications particulières à chaque cas. On peut le faire prendre tel quel, étendu sur du pain, ou bien délayé dans du bouillon, dans du lait, dans du chocolat, dans des potages maigres, etc., voire même dans de l'eau simplement, ou encore mélangé à des aliments, à des œufs à la coque, à des jaunes d'œufs, etc. ; il serait, ce me semble, superflu d'insister davantage sur de petits détails de cuisine diététique, que tout praticien sait régler et varier suivant les cas et suivant les goûts de ses malades. Mis dans du bouillon, le Puro le corse agréablement ; dilué dans le lait, dans le chocolat, etc., il modifie assez peu la saveur propre de ces liquides pour que l'on puisse aisément le faire accepter ainsi à des malades difficiles. Il n'a ni le goût de graillon de quelques extraits de viande, ni la saveur sanguine de certains sucs de viande ; aucun des malades auxquels je l'ai administré ne m'a manifesté de répugnance à son égard, tous, au contraire, l'ont accepté volontiers et l'ont trouvé agréable à prendre.

Son action bienfaisante est particulièrement remarquable dans les cas d'intolérance gastrique et de vomissements ; mais il ne faut pas se contenter de prescrire alors le Puro d'une façon quelconque, il faut en réglementer et en surveiller l'administration, suivant les cas particuliers et suivant les effets obtenus, si l'on veut en tirer tout le bénéfice qu'il est capable de procurer au malade. Pour peu que l'intolérance gastrique soit accentuée et que les vomissements se produisent fréquemment, il est bon de l'employer seul d'abord, dans des aliments

liquides (lait, bouillon, etc.), pris en petite quantité à la fois, sans permettre de suite l'addition d'aliments solides ; on n'arrivera à permettre ceux-ci, progressivement et en les choisissant, qu'un peu plus tard, quand le Puro aura eu le temps d'exercer son influence stimulante, peptogène, et de réveiller l'appétit : dans quelques-uns des cas où je l'ai employé, j'ai vu, après une accalmie première, des retours de vomissements, manifestement en rapport de cause à effet avec des tentatives prématurées ou mal graduées d'alimentation ordinaire, faites par les malades malgré mes conseils.

En résumé, avec sa préparation de suc de viande Puro, M. le Dr H. Scholl a doté l'hygiène thérapeutique d'un produit nouveau, de qualité supérieure, très riche en principes nutritifs, stimulant digestif, de goût agréable, de conservation facile, et qui est appelé à rendre les plus grands services pour l'alimentation des malades. Dr Ch.-H. PETIT-VENDOL.

TRAVAUX CONSULTÉS :

Pr Dr Martin Mendelsohn (de Berlin). — Ueber Fleischsaft... (*Wiener Medic. Presse*, n° 9, 1900.)

Dr Schäfer (de Munich). — Ueber Puro. (*Wiener Medic. Blätter*, n° 38, 1899.)

Dr Carl Tittel (de Vienne). — Versuche uber die Verwendbarkeit des Fleischsaftes Puro. (*Allgem Med. Centralzeitung*, n° 39, 1900.)

Dr H. Strebel (de Munich). Gewebsækonomie und Osmose. (*Deutsche Medicinal-Zeitung*, n° 40. 1900.)

Dr S. Herzberg (de Berlin). — Considérations comparatives touchant quelques sucs de viande. (*Reichsmedidinal Anzeiger*, n° 10, 1899.)

Dr Freund (de Berlin). — Expériences pratiques sur le suc de viande Puro. (*Aerztliche Rundschau*, n° 16, 1899.)

Dr Freudenberg (de Leipzig). — Des nouveaux remèdes nutritifs et stimulants. (*Frauenarzt*, 9, 1898.)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des bronchites chroniques.

Diminuer la toux, modifier les sécrétions, détruire les agents pathogènes, amener la cicatrisation des régions ulcérées, augmenter l'appétit et relever ainsi l'état général, voilà les indications les plus importantes du traitement des bronchites chroniques, même d'origine tuberculeuse. L'hélénine de Korab remplit fidèlement ces indications. Le Dr de Korab, dans une communication adressée à la Société de Biologie, a démontré que cette substance était un modérateur du système réflexe et par conséquent de la toux, un modérateur de la nutrition et un agent eupeptique. Son action sur les glandes, et tout particulièrement sur celles de la muqueuse bronchique, a été démontrée par Cl. Bernard et Vulpian. M. le Dr de Korab, dans une communication à l'Académie des Sciences, et le Dr Pillatte, dans sa thèse, ont mis en lumière les propriétés microbicides de l'hélénine; son élimination par les voies respiratoires active la réparation des lésions ulcéreuses qui ont pu s'y produire. Ce médicament doit se prescrire sous forme de *globules d'hélénine du Dr de Korab*, à la dose de 3 à 6 par jour.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Election d'un membre de la section de médecine et chirurgie.* — Premier tour : Votants, 65 ; majorité, 33. MM Laveran, 13 voix ; Charrin, 12; Ch. Richet, 12 ; Lancereaux, 8 ; Hayem, 7 ; Cornil, 6 ; Jaccoud, 6 ; Fournier 1. Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité des suffrages, il est procédé à un second tour de scrutin. — Deuxième tour : Votants, 66 ; majorité, 34. MM. Laveran, 22 voix ; Ch. Richet, 17 ; Charrin, 13 ; Lancereaux, 8 ; Jaccoud, 5 ; Hayem, 1. Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un troisième tour de scrutin. — Troisième tour : Votants, 66 ; majorité, 34. MM. Laveran, 40 voix (élu) ; Ch. Richet, 26.

ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — *Concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie* (à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux). — Ce concours sera ouvert le mardi 16 juillet 1901, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration, à partir du lundi 17 juin, jusqu'au samedi 29 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

BIOGRAPHIE MEDICALE

Les Médecins contemporains.



Le Pr DÈJERINE.

M. le Dr Jules-Joseph DÉJERINE, qui vient d'être nommé professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de Paris, est né le 3 août 1849, à Genève, de parents français. Venu à Paris pour y faire ses études médicales, sa carrière s'y poursuivit par une longue suite de succès. Externe des hôpitaux en 1872, interne en 1874, il devenait docteur en 1879, après avoir soutenu une remarquable thèse intitulée : « *Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie ascendante aiguë* ». L'auteur, y exhumant les importants travaux de Duménil parus dix ans plus tôt, relevait dans la maladie de Landry des lésions de névrites périphériques sans participation de la moelle à cet altération. Ce travail fut couronné par la Faculté de Médecine (médaille d'argent). Ce n'était pas d'ailleurs l'œuvre inaugurale du jeune docteur, qui avait déjà publié de nombreux mémoires d'anatomie pathologique ayant trait surtout au système nerveux et avait, en 1877, obtenu le prix Godard de la Société anatomique pour ses *Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie diphtérique*. Chef de clinique en 1879 à l'hôpital de la Charité, il était nommé en 1882 médecin des hôpitaux, devenait agrégé de la Faculté de médecine (section de médecine et de médecine légale) en 1886, avec une thèse qui fit époque sur l'*Hérédité des maladies du système nerveux*. Cet ouvrage, qui comprend 70 tableaux généalogiques, contient de nombreux documents provenant du service de M. Bourneville, à l'hospice de Bicêtre, que le regretté Dr Bricon avait compulsés pour leur ami commun Déjerine. Ce fut à Bicêtre, que le Dr Déjerine, médecin en chef l'année suivante (1887), trouva à exploiter la collection la plus riche, avec celle de la Salpêtrière, de documents pathologiques du système nerveux. Nul mieux que lui ne sut en tirer parti.

Dans ses travaux, il eut le rare avantage d'être puissamment secondé par Mme Déjerine-Klumpke, ancienne interne des hôpitaux, qui dut à sa haute intelligence et à son énergie l'honneur de partager à la fois la vie intime de l'époux et les labeurs du savant; et cette femme, issue d'une famille où la distinction et le talent paraissent héréditaires, qui aurait pu par ses seuls travaux conquérir pour elle-même une place importante dans les sciences médicales, préféra être la dévouée collaboratrice de M. Déjerine et borner ses ambitions légitimes aux succès scientifiques de son mari.

Élève de Vulpian et de Hardy travailleur acharné, anatomiste et physiologiste distingué, observateur émérite, M. le

Dr Déjerine ne pouvait dès lors rester au second plan parmi les neurologistes de notre époque. Ses travaux furent si importants et si nombreux, qu'il nous est impossible d'en faire ici l'énumération, et que nous nous contenterons de citer les parties qu'il a plus spécialement étudiées.

Il fit de nombreuses études cliniques et anatomiques sur l'aphasie, sur les localisations cérébrales et encéphaliques et parvint, par des examens histologiques sériés, à préciser plusieurs points d'anatomie de l'encéphale. C'est ainsi qu'il étudia les fibres d'association et de projection des hémisphères cérébraux. Dans un de ses mémoires, il battait en brèche la nouvelle conception de Flechsig qui avait voulu établir la texture du cerveau de l'adulte sur l'étude du cerveau en voie de développement de l'enfant de cinq mois. En collaboration avec Mme Déjerine, ou avec ses élèves Vialet, Long, Theobari, Thomas, etc., il établit les connexions du ruban de Reil, de la couche optique et du noyau rouge, avec la corticalité cérébrale, la localisation de l'hémianesthésie dite capsulaire dans la région du thalamus, dite région du ruban de Reil, etc. L'anatomie de la moelle épinière bénéficia de ses recherches sur la texture et les fibres endogènes des cordons postérieurs sur le trajet intermédullaire des racines postérieures, les fibres pyramidales, etc.

Ses travaux sur la pathologie de la moelle épinière eurent plus particulièrement trait au tabes et aux névrites périphériques de cette dernière affection, à la maladie de Friedriech, aux scléroses combinées, aux myélites aiguës, à la poliomyélite, à la syringomyélie.

En outre, il publia de nombreux mémoires sur les affections des nerfs périphériques; le nervotabès, la névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance, les névrites toxiques et infectieuses, etc.

M. Déjerine condensa ses vastes connaissances en neurologie dans deux ouvrages généraux qui lui ont valu une réputation universelle. Le premier est la *Sémiologie du système nerveux* qui forme le tome V de la *Pathologie générale* du Pr Bouchard ; le second est l'*Anatomie des centres nerveux* dans laquelle Mme Déjerine a une forte part de collaboration. Cette anatomie, où l'auteur ne décrit rien qu'il n'ait préalablement vu et vérifié, est le fruit de longues années de travail. La topographie des centres nerveux y est établie à l'aide de coupes sériées, fidèlement reproduites par les nombreux dessins de l'artiste Gillet.

Si la neurologie tint la place la plus importante dans les travaux du Pr Déjerine, il ne faudrait pas croire qu'il lui consacra exclusivement toute son activité scientifique. En collaboration avec M. Landouzy, il décrivit la *myopathie atrophique progressive*, myopathie héréditaire sans neuropathie, débutant dans l'enfance par la face. Ce travail, présenté à l'Academie des sciences en 1885, valut à ses auteurs le prix Montyon, et le nom de type Déjerine-Landouzy est resté classique pour désigner ce nouveau genre de myopathie.

La *Revue de Médecine*, les Bulletins de la Société anatomique, ceux de la Société de Biologie contiennent de nombreuses notes sur les maladies du cœur et des vaisseaux, du poumon et des bronches, sur les infections et les intoxications, sur les affections du foie, le cancer, la leucémie.

Le Dr Déjerine, depuis son entrée à Bicêtre en 1886, et après son passage à la Salpêtrière en 1895, ne cessa de se vouer à l'enseignement. Les salles de son service et son laboratoire furent toujours largement ouvertes. Pour bien faire comprendre toute l'importance de cet enseignement pratique, il nous suffira de citer les noms de ses principaux elèves et de ceux dont il a dirigé les travaux ; parmi ces derniers on relèvera de nombreux étrangers, qui prouvent que la réputation du Pr Déjerine avait depuis longtemps franchi nos frontieres. Citons, parmi ceux qu'il inspira, MM. Reverchon, Secrétan, Sollier, Mme Déjerine-Klumpke, MM. Leresche, Duprat (du Brézil), Virchaux, Pronier (de Genève), Joannes Martin (de Genève), de Mella-Vianna (de Lisbonne), Tuilant, Flandre, Vialet, Sottas, Auscher, Thomas, Mirallié, Long, comte Bernheim, Roux et bien d'autres.

L'enseignement de M. Déjerine ne fut pas borné à la clinique, au lit de ses malades et aux recherches de son laboratoire. A diverses reprises, il fut officiellement chargé de conférences et de cours à la Faculté. En 1889, il fit le cours auxiliaire d'anatomie pathologique. En 1890, celui de pathologie et de thérapeutique générales. Ce fut à cette époque que nous eûmes l'avantage de juger par nous-même des brillantes qualités de professeur de M. Déjerine, et que nous eûmes le plaisir, en suivant, avec un nombreux et fidèle auditoire, les quarante et une leçons du cours, d'être initié sans difficulté et sans fatigue à la pathologie du système nerveux. En 1893, M. Déjerine suppléa encore, comme agrégé, le Pr Peter. Depuis il ne cessa d'enseigner, et ses conférences cliniques bihebdomadaires avec présentation de malades, à la Salpétrière, ont, depuis 1895, joui d'un légitime succès.

Une carrière aussi laborieuse et aussi utile devait appeler honneurs et distinctions. Chevalier de la Légion d'honneur, M. Déjerine est membre et lauréat de nombreuses sociétés savantes françaises et étrangères ; citons parmi ces dernières : la *Physikalisch-Medicinische Societat d'Erlangen* et l'*Académie impériale militaire de Saint-Pétersbourg* dont il est membre correspondant. J. Noir.

Principaux travaux de M. Déjerine :

Les travaux du Pr Déjerine sont si nombreux que nous ne pouvons ici en citer que les principaux dans l'ordre où ils ont été analysés dans l'exposé de ses titres :

Contribution à l'étude de l'asphasie motrice sous-corticale et de localisation cérébrale des centres laryngés (muscles phonateurs). (Comptes rendus de la Société de Biologie, 1891.) — Sur un cas d'asphasie sensorielle (cécité et surdité verbales, suivi d'autopsie). (Comptes rendus de la Société de Biologie, 1891.) — Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique des différentes variétés de cécité verbale. (Mémoire de la Société de Biologie, 1892.) — Etude anatomique et clinique sur la paralysie labio-glosso-laryngée. (*Archives de phys. normale et de patholog*, 1883.) — Deux cas d'hémianopie homonyme par lésions de l'écorce du globe occipital. (*Archives de phys...*, 1890.) — Contribution à l'étude de la dégénérescence des fibres du corps calleux. (Comptes rendus de la Société de Biologie, 1892.) — Sur un cas de cécité corticale diagnostiquée pendant la vie et confirmée par l'autopsie. (Société de Biologie, 1893.) — Note complémentaire sur l'atrophie musculaire des tabétiques et sa nature périphérique. (Société de Biologie, 1888.) — Contribution à l'étude de la paralysie radiale chez les tabétiques (paralysie radiale spontanée). (Mémoires de la Société de Biologie, 1889.) — Etude sur la maladie de Friedreich. Sclérose névroglique pure des cordons postérieurs. (*Médecine moderne*, 1890 et Comptes rendus de la Société de Biologie, 1890.) — Sur les lésions de la moelle épinière dans la paraplégie syphilitique. Société de Biologie, 1893.) — Syringomyélie de Morvan (Société de Biologie, 1889.) — Sur le nervo-tabès périphérique. (*Semaine médicale*, 1893.) — Névrite interstitielle, hypertrophique et progressive de l'enfance. (Mémoires de la Société de Biologie, 1893.) — Recherches cliniques et expérimentales sur la paralysie radicale. (Société de Biologie, 1886.) — Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie ascendante aiguë. (Thèse, Paris, 1879.) — Hérédité dans les maladies du système nerveux. (Thèse d'agrégation, Paris, 1886, Asselin et Houzeau, éditeurs.) — Note sur un cas d'atrophie d'un lobe cérébral observé chez un chien, avec atrophie secondaire du pédoncule et de la pyramide correspondante. (Comptes rendus de la Société de Biologie, 1875.) — Anatomie des centres nerveux. (Rueff et Cie, éditeurs.) — De la myopathie atrophique progressive. Myopathie héréditaire sans neuropathie, débutant dans l'enfance par la face. (Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1884.) — Autopsie et examen histologique d'un cas de myopathie atrophique progressive, type scapulo-huméral avec participation des muscles innervés par le facial inférieur. — Sur un cas de maladie de Thomsen, suivi d'autopsie. (Société de Biologie, 1893.) — Recherche de bacilles de Koch dans la tuberculose calcifiée et caséo-calcifiée. (Société de Biologie, 1884.) — Sur les fibres d'association et de projection des hémisphères cérébraux. (Société de Biologie, 1897.) — Sur les connexions du ruban de Reil avec la corticalité cérébrale. (Société de Biologie, 1885.) — Sur la localisation de la lésion dans l'hémianesthésie, dite capsulaire. (Société de Biologie, 1898.) — Sur la distribution des fibres endogènes dans le cordon postérieur de la moelle et sur la constitution du cordon de Goll. (Société de Biologie, 1895.) — Contribution à l'étude du trajet intramédullaire des racines postérieures dans la région cervicale et dorsale supérieure de la moelle épinière, dans un cas de paralysie radiculaire inferieure du plexus brachial d'origine syphilitique. (Société de Biologie, 1896.) — Sur un cas de polynévrite motrice à marche lente, paralysie spinale antérieure subaiguë avec lésions médullaires consécutives. (Société de Biologie, 1896.)

VARIA

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

MARDI 28. — 1er *de Chirurgien-dentiste* : MM. Rémy, Thiéry, Langlois. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*) Oral. A. R. : MM. Pozzi, Maygrier, Faure — 5e *de Doctorat*. Chirurgie. (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Le Dentu, Schwartz, Ricard. — (2e *série*) : MM Quénu, Richelot, Brun. — (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Thoinot. — (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Campenon, Albarran. (2e *partie*). (Ire *série*) : MM. Jaccoud, Achard, Charrin. — (2e *série*) : MM. Grancher, Troisier, Ménétrier.

MERCREDI 29. — 1er *de Chirurgien-dentiste* : MM. Rémy, Retterer, Gley. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Tuffier, Jalaguier, Lepage. — 5e *de Doctorat*. Chirurgie. (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Delens, Legueu, Delbet. — (2e *série*) : MM. Reclus, Lejars, Mauclaire.

JEUDI 30. — 1er *de Chirurgien-dentiste* : MM. Cornil, Retterer, Thiéry. — 2e *de Doctorat* : MM. Gley, Weiss, André. — 3e *de Doctorat* (Ire *série*). (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Bouilly, Bonnaire, Faure. — (2e *série*). (1re *partie*). Oral. A R. : MM. Schwartz, Brun, Wallich.

VENDREDI 31. — 1er *de Chirurgien-dentiste* : MM. Rémy, Lejars, Broca (Aug.) — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Reclus, Jalaguier, Walther. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Landouzy, Méry. — Chirurgie. (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Segond, Reynier, Delbet. — (2e *série*) : MM. Delens, Legueu, Mauclaire. — (2e *partie*) : MM. Grancher, Brissaud, Teissier. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 1er. — 1er *de Chirurgien-dentiste* : MM. Chantemesse, Thiéry, Langlois. — 3e *Officiat définitif*. A. R. : MM. Raymond, Ricard, Wallich. — 5e *de Doctorat*. (2e *partie*) : MM. Joffroy, Roger, Dupré. — (1re *série*) : MM. Troisier, Marfan, Thiroloix — (2e *série*) : MM. Hutinel, Hallopeau, Gilbert. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Bouilly, Maygrier, Bonnaire.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 29. — Mme Gourari. Contribution à l'alimentation intense des syphilitiques. (Etude clinique.) — M. Loustau. Des tuberculoses cutanées consécutives aux fièvres éruptives et en particulier à la rougeole. — M. Fotiades. Du traitement de l'ectopie testiculaire inguinale. — M. Dartigues. Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes. — M. Paugam. La maladie de Barlow en France. — M. Mulon (P.). Applications médicales de la cryoscopie. — M. Trénaunay Recherches pathogéniques et cliniques sur le rêve prolongé. (Délire consécutif à un rêve prolongé à l'état de veille.) — M. Jalaguier. Le cacodylate de soude dans la tuberculose pulmonaire. — M. Perreau. Du traitement de la pneumonie et en particulier de l'action de l'ipéca en lavage dans cette maladie.

JEUDI 30. — M. Kahn. Des opérations conservatrices de la trompe. — M. Raynaud. Le sanatorium d'Argelès. — M. Breton. Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale. — M. Mallet. Contribution à l'étude des indications opératoires chez les aliénés.

Enseignement médical libre.

COURS D'ALLAITEMENT (Polyclinique H. de Rothschild, 82, rue de Picpus (XIIe arrondissement) — Le Dr Henri de ROTHSCHILD commencera le vendredi 31 mai 1901, à 4 heures de l'après-midi, à la polyclinique de Rothschild, un cours d'hygiène et de pathologie de l'allaitement, qu'il continuera les lundi et vendredi, à la même heure. Ce cours comportera huit leçons qui auront lieu dans l'ordre suivant : I. Allaitement au sein par la mère ou par la nourrice. Hygiène de la femme qui allaite. Réglementation des tétées : Nombre. Durée. — II. Allaitement mixte et allaitement artificiel. Causes qui empêchent l'allaitement au sein. Le biberon et ses dangers. — III. Le lait stérilisé. Stérilisation du lait. Lait maternisé, lait peptonisé, kéfir, koumys. — IV. Alimentation des enfants débiles. (Téterelle, gavage, couveuses, laits modifiés.) — V. Soins à donner aux nourrissons. Vêtements, bains, soins de propreté, vaccination, sevrage. — VI. Accidents de l'allaitement. Troubles digestifs, gastro-entérite aiguë et chronique, thérapeutique gastro-intestinale, muguet, bronchites, broncho-pneumonies, hygiène des yeux, du nez, du larynx, affections de la peau, érythèmes, furonculose, etc., prophylaxie des maladies contagieuses, convulsions. — VII. Traitement de la syphilis héréditaire, mère et enfant — VIII. Assistance publique et privée, crèches, pouponnières, dispensaires, consultations de nourrissons. — Ce cours, absolument gratuit, comportera des démonstrations pratiques gratuites : analyse pratique du lait ; recherche des falsifications (mouillage, écrémage, addition d'antiseptiques, etc.), sous la direction du Dr Netter, chef de laboratoire. — Le nombre des places étant limité, MM. les Etudiants qui désireront suivre ce cours sont priés de se faire inscrire à la Direction de la Polyclinique, 82, rue de Picpus, jusqu'au 29 mai.

Enseignement de la médecine légale psychiatrique. — M. le Dr Paul GARNIER, le mercredi et le vendredi, de 1 h. 1/2 à 3 heures, quai de l'Horloge, 3. Après trois mois d'assiduité à cette clinique, un *certificat de stage médico-légal psychiatrique* sera délivré par la Faculté de Médecine.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr DESNOS : Conférences cliniques sur les maladies des voies urinaires, le vendredi à 4 heures, à sa clinique, 15, rue Malebranche.

Neuropathologie. — Le Dr Pierre JANET, directeur du laboratoire de psychologie à la Salpêtrière, fera samedi 25 mai, à cinq heures précises, à l'Hôtel des Sociétés savantes, rue Danton, une conférence sur une extatique, qu'il a eu l'occasion d'étudier.

FORMULES

XXXIII. — Contre l'aménorrhée.

Tartrate ferrico potassique	6	grammes.
Extrait d'armoise	2	—
Extrait d'absinthe	2	—
Aloès	1	—
Essence d'anis	III	gouttes.

Diviser en 50 pilules ; deux pilules à chaque repas. (Huchard.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 12 mai au samedi 18 mai 1901, les naissances ont été au nombre de 1.023 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 402, illégitimes, 124. Total, 526. — *Sexe féminin* : légitimes, 355, illégitimes, 142. Total, 497.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 12 mai au samedi 18 mai 1901, les décès ont été au nombre de 1005, savoir : 569 hommes et 436 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 2, F. 2, T. 4. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 7, F. 8, T. 15 — Rougeole : M. 6, F. 11, T. 17. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 5, F. 9, T. 14. — Diphtérie et Croup : M. 14, F. 12, T 26. — Grippe : M. 3, F. 3, T. 6. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0, — Autres maladies épidémiques : M. 3, F, 0, T. 3. — Tuberculose des poumons : M. 141, F. 71, T, 212. — Tuberculose des méninges : M. 13, F. 11, T. 24. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 6, T. 16. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 24, F. 32, T. 56. — Méningite simple : M. 9, F. 10, T. 19. — Congestion hémorragique et ramollissement du cerveau : M. 39, F. 30, T. 69. — Maladie organique du cœur : M. 30, F, 32, T. 62. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 5, T. 7. — Bronchite chronique : M. 11, F. 8, T. 19. — Pneumonie : M. 18, F. 14, T. 32. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 45. F. 42, T. 87. — Affection de l'estomac (cancer exc.) : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 3, F. 1, T. 4 ; autre alimentation, M. 14, F. 8, T. 22. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Hernies, obstruction intestinale : M. 0, F. 0. T. 0. — Cirrhose du foie : M. 1, F. 5, T. 6. — Néphrite et mal de Bright : M. 11, F. 5, T. 16. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 4, T. 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 18, F. 20, T. 38. — Débilité sénile : M. 15, F. 25, T. 40. — Morts violentes : M. 22, F. 5. T. 27. — Suicides : M. 11, F. 1, T. 12. — Autres maladies : M. 71, F. 37, T. 108. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 9, F. 2, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 56, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 21, illégitimes, 6. Total : 27. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 5, Total : 29.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le décret confiant la succession de M. Napias à la direction de l'Assistance publique de Paris à M Mourier, maître des requêtes au Conseil d'Etat, a été signé le 22 mai. M. MOURIER est délégué dans les conditions prévues par l'article 3 de la loi du 13 juillet 1879. Cet article stipule que les conseillers d'Etat en service ordinaire, maitres des requêtes et auditeurs de 1re classe, « après trois années depuis leur entrée au Conseil d'Etat, [illegible] leur rang au Conseil, [illegible]

nommés à des fonctions publiques pour une durée qui n'excèdera pas trois ans ».

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur, fera une excursion géologique publique le dimanche 26 mai, à Argenteuil, Sannois et Corneilles-en-Parisis. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare du Nord où l'on prendra, à 9 heures moins 5, le train pour Argenteuil. — Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la place au Laboratoire de géologie, rue de Buffon, n° 61, avant samedi à 4 heures. On sera rentré à Paris à 5 h. 20.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie RUEFF,
106, boulevard Saint-Germain.

VIENT DE PARAITRE :

Manuel de Diagnostic médical, publié sous la direction de MM. G.-M. DEBOVE et Ch. ACHARD, 2 vol. in-8 avec figures. 43 fr.

Manuel de Thérapeutique médicale, publié sous la direction de MM. G.-M. DEBOVE et Ch. ACHARD, 2 vol. in-8 avec figures. 32 fr.

Albert ROBIN. — Les maladies de l'estomac, diagnostic et traitement, 3 vol. in-8 brochés, les 3 volumes. . . . . . 25 fr.

G.-M. DEBOVE et E. GOURIN. — Formulaire de thérapeutique et de pharmacologie, 1 vol. petit in-18, relié amateur. . . 6 fr.

Georges BERNE. — Le massage, Manuel théorique et pratique, 2e édition, 1 vol. in-12 avec 152 figures, relié. . . . 8 fr.

J.-B. CHARCOT et J. CLERC-RAMPAL. — La navigation mise à la portée de tous. Manuel pratique de navigation estimée et observée, 1 vol. in-8 avec figures, cartonné. . . . . 8 fr.

AZEVEDO-SODRÉ (de). — Dysentery. Volume in-8° de 473 pages. — New-York 1899. — William Wood et Cie.

BALDWIN (J.-M.); RUEDEMANN und BARTH (P.). — Das soziale und sittliche Leben erklart durch die selische entwiklung. Volume in-8° de XV-466 pages. — Leipzig, 1900. — Verlag J.-A. Barth.

BENDA (TH.). — Intermittirende Gelenkwassersucht. Monographische Studie. Brochure in-8° de 60 pages. — Berlin, 1900, — Verlag Von O. Coblentz.

BONFIGLI. — Contribuzione alto studio della diagnosi differenziale fra prolisi progressiva e follia a doppia forma. Brochure in-8° de 11 pages. — Extrait de la *Rivista di neuropathologia e psichiatria.*

BROSIUS. — Irrenhulfsvereine, ihre Leistungen und Entwicklung. Brochure in-8 de 14 p. — Heilbronn. Librairie Schell'schen.

DYER (Isadora). — Some casual remarks on prostitution and venereal diaceases in their relation to the public. — Broch. in-8 de 9 pages. — *Philadelphia medical Journal*, 1900. — Philadelphie.

ENCYCLOPÉDIE POPULAIRE ILLUSTRÉE DU XXe SIÈCLE, publiée sous la direction de MM Buisson, Larroumet, Denis et Stanislas Meunier. Vient de paraître le tome XI : *Microbes et infusoires.* Volume in-8 de 152 pages, avec nombreuses figures. — Prix : 1 fr. — Souscription à forfait aux 120 volumes : 100 fr. Payables, 10 fr. par trimestre. — Paris, 1900. — Société française d'édition d'art.

PIKLER (J.). — Das grundgesetz alles neuro-psychischen Lebens, Volume in-8° de XVI-254 pages, avec 4 figures. — Leipzig, 1900. — Verlag, von J.-A. Barth.

PRESBYTARIAN HOSPITAL (Medical and surgical report of the —) in the city of New-York. Volume IV, 1900. — Volume in-8° de 223 pages, avec planches et tracés hors texte. — New-York, 1900. — Bookbinding company.

STADELMANN (H.). Bemerkungen zur psychischen Behandlung des zwangsivreseins. Brochure in-8 de 7 pages. *Allgemeine Medicinische Central-Zeitung.*

THOMSON (J.) — On the etiology of head-shaking with nystagmus (spasmus nutans) in infants. Brochure in-8° de 12 pages. — *Edinburgh*, 1900. — *The Scottish Medical and Surgical Journal.*

THOMSON (J.) — Nine cases of congenital hart disease. With a description of the Lesions by Drummond. Brochure in-8° de 27 pages, avec 5 figures. — Edinburgh, 1900. — Penited by Oliver and Boyd.

Chronique des Hôpitaux.

HOPITAL BROCA. — *Clinique gynécologique.* — M. le Pr S. POZZI commencera son cours de clinique gynécologique le vendredi 31 mai 1901, à 10 heures du matin, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. Lundi et vendredi, à 10 heures : leçon du professeur. Mercredi, de 10 heures à midi : exercices cliniques ; examens histologiques. Mardi, jeudi et samedi, à 10 heures : opérations.

ASILE CLINIQUE, 1, rue Cabanis. — *Clinique mentale* : M. le Pr JOFFROY, Lundi et vendredi, à 2 h. 1/2.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc.) — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

HOPITAL TENON. — M. le Dr P. LE GENDRE, le samedi, à 10 heures, *Conférences de Pratique médicale et de thérapeutique.*

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Conférences de radiologie médicale.* — Le Dr A. BÉCLÈRE, le dimanche, à 10 heures du matin, dans la salle de conférences de l'hôpital.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 22. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 1er JUIN 1901.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Considérations sur la Phtisie pulmonaire (1);

Par M. LEUDET

Messieurs,

Au début de cette discussion sur la tuberculose, je me suis renfermé dans mon rôle de Rapporteur. J'avais simplement à répondre à une question : et sans méconnaître que l'interrogation qui nous était faite, quelque précise qu'elle fût, touchait au problème entier de la phtisiothérapie, j'ai tenu à ne pas sortir du terrain limité où vous m'aviez appelé.

Aujourd'hui, je vous demande la permission d'étendre le débat, ou plutôt de le résumer dans quelques propositions générales, aussi concises que possible, touchant le rôle respectif de l'organisme et du bacille de Koch dans la genèse, l'évolution et le traitement de la phtisie pulmonaire, genèse, évolution et traitement envisagés non plus au point de vue de la maladie, mais au point de vue du malade.

Le phtisique obéit à deux ordres de causes, dont le conflit met en évidence les forces de l'attaque et celles de la défense. De ces deux causes, l'une est étrangère au malade, et lui vient du dehors : c'est le microbe avec sa semence spécifique; l'autre est autogène, individuelle : c'est l'organisme avec ses aptitudes variées, tant physiologiques que pathologiques. La première pousse à l'*unité*, la seconde à la *diversité* des troubles trophiques et des crases humorales.

Laquelle de ces deux causes va nous renseigner le mieux sur les chances et les péripéties de la lutte ? sur l'opportunité de telle ou telle mesure hygiénique, sur la mise en jeu de telle ou telle médication ?

Ce que je disais ici même, il y a quelques années, est encore vrai à l'heure actuelle. La cause séminale de la tuberculose ne projette qu'une faible lumière sur le problème clinique de la phtisie pulmonaire.

La biologie du bacille de Koch, telle que nous la connaissons, ne nous rend compte ni de la marche, ni des arrêts, ni des terminaisons de la maladie. Y a-t-il, à tel ou tel moment, dans les sécrétions du microbe, des degrés différents de virulence? Est-ce la quantité ou la qualité des toxines sécrétées qui fait l'acuité ou la chronicité de la consomption ? Nous n'en savons rien. Ce que nous savons, c'est que tel malade succombe rapidement avec des phénomènes ininterrompus d'acuité consomptive, et que tel autre, après des poussées et des rémissions successives, s'améliore progressivement et finit par guérir. Ce que nous savons, c'est que la santé se maintient avec les désordres locaux les plus graves, avec une caverne constituée, et que la cachexie s'accentue et progresse avec une lésion à peine perceptible.

A ce propos, je ne puis m'empêcher de faire un rapprochement que me suggère une leçon clinique de M. Chauffard, parue l'an dernier dans la *Presse Médicale*. Notre éminent confrère, à l'occasion d'un cas de pneumonie, remarque que le pneumocoque est un micro-organisme fibrinogène et pyrotogène, à action violente, mais rapide et éphémère ; qu'il cesse de végéter, qu'il cesse de se reproduire au bout d'un temps limité et relativement court, toujours le même pourrait-on dire. Le médecin de l'hôpital Cochin ajoute que ces faits d'observation bactérienne expliquent le fait clinique, et font comprendre pourquoi la pneumonie présente une lésion si fibrineuse, pourquoi elle est une maladie si fébrile, à évolution brève et cyclique. Pareille régularité n'existe pas dans la phtisie pulmonaire ; pareille concordance fonctionnelle ne se rencontre pas entre la vie du bacille de Koch et l'évolution de la tuberculose.

Les fièvres des tuberculeux, les processus phlegmasiques et purulents de son poumon, sont-ils fonction du bacille *seul* ? Ne sont-ils pas plutôt œuvre d'*association* microbienne, pneumocoques, streptocoques, tétragènes, etc ? Alors que la bactérie, confinée dans un tubercule fibreux ou crétacé, garde sa virulence, le malade ne vit-il pas pendant 20 et 30 ans, sans souci de l'ennemi toujours présent?

A l'encontre des autres virus qui, dès qu'ils ont pénétré dans un organisme, l'envahissent tout entier et se l'assimilent en quelque sorte, semblent l'annihiler,

(1) Communication faite à la Société de Médecine de Paris (séance du 11 mai 1901). — Voir *Progrès Médical* 1901, n° 20, [illegible]

et lui ôtent, pour un temps, autonomie, individualité, vie propre, le virus tuberculeux est dominé, primé par cet organisme et, au lieu de lui imposer ses lois, il subit les siennes.

Si donc le bacille est le premier artisan du tubercule, celui-ci n'agit et n'évolue qu'avec la permission, avec le consentement de l'organisme; si la semence tuberculeuse tombe sur tous les terrains. elle n'ensemence et ne fertilise que ceux qui sont préparés à la recevoir et à la laisser fructifier. Et puisque le phtisique — comme nous le dit chaque jour l'observation clinique — est un malade éminemment personnel, individuel, dont l'idiosyncrasie s'affirme à toutes les étapes, à toutes les périodes du processus pathologique, c'est à lui, à son tempérament, à sa constitution; c'est au terrain de sa race que nous irons demander les raisons, et de la diversité d'évolution de la maladie, et de la multiplicité des indications thérapeutiques.

La seule question, la seule vraiment importante que nous, médecins, nous ayons à résoudre en présence d'un phtisique, est celle du pronostic et du traitement. Un mot pourtant sur le diagnostic.

Puisque notre but est de guérir, il faut nous hâter de reconnaître le mal. Quand il s'agit de dépister une maladie comme la tuberculose, on n'arrive jamais trop tôt. Les simples *menacés* deviennent vite des *suspects*, et les *douteux* plus vite encore deviennent des *confirmés*. Aussi n'est-ce pas le diagnostic *précoce* que je demande ; dans une foule de cas, le diagnostic *probable* vaut mieux.

Vais-je attendre qu'une localisation fixe et persistante, si minime soit-elle, se manifeste à mon oreille, pour dire mes soupçons et agir en conséquence? Ne suis-je pas dans mon rôle de conseiller sanitaire, de vrai directeur de santé, en disant à qui de droit : « Voilà une jeune fille qui prend rhume sur rhume, qui maigrit et démaigrit ; à chacun de ses rhumes, elle présente des inégalités respiratoires du sommet, inégalités de rythme et de durée, de timbre et de force, qui pour être transitoires et fugaces n'en reparaissent pas moins à chaque nouvelle poussée. Prenons garde »?

Oui, prenons garde. Défions-nous de ces appels congestifs réitérés vers les sommets du poumon. Défions-nous du *rhume négligé*, de ces *mauvais rhumes*, accusés par tant de malades, et qui presque toujours sont des ébauches bacillaires d'une tuberculose prochaine.

En dénonçant le péril, je n'ignore pas que je vais au-devant du *fait accompli*, et que je signale un mal, qui peut-être ne viendra pas. Mais ce que je cherche, ce que je veux, c'est précisément empêcher le mal de se faire. Je le prends donc quand *il se prépare*, afin d'être tout-puissant contre lui ; quand il est fait, quand il est *consommé*, la lutte devient trop inégale, et le succès est trop douteux. Qu'importe, après cela, si je me suis trompé, et si mon diagnostic *probable* est infirmé par le temps; le malade a bénéficié de mon erreur, et je n'ai rien à regretter.

J'arrive au pronostic et au traitement. Il ne s'agit plus de maladie *en préparation*; nous avons devant nous un tuberculeux *confirmé*. Que va-t-il devenir? Quelles chances de survie ou de guérison nous offre-t-il? Grave question, dont la réponse est tout entière dans la constitution physiologique et pathologique du malade.

Je n'essaierai pas d'énumérer et de juger tous les facteurs d'ordre physique, chimique et dynamique, qui rendent le phtisique *consentant* ou *réfractaire* à l'évolution de son mal. Je me contenterai de signaler certains états constitutionnels, qui donnent à la maladie un caractère de bénignité relative. Et ici, je vous demande, Messieurs, de vous placer comme moi sur le terrain exclusif de la clinique ; je vous laisse d'ailleurs le soin de répondre aux questions que je ne fais que poser.

Est-il vrai que le goutteux devient difficilement tuberculeux? Que, s'il le devient, les atteintes du bacille sont chez lui moins graves et moins profondes? Et que la lésion bacillaire tend chez lui à la forme fibreuse, plutôt qu'à la forme caséeuse? Est-il vrai que le réveil d'une migraine ou d'une dermatose, que la réapparition d'un flux hémorrhoïdal, apaisent, tempèrent l'acuité du processus tuberculeux, et semblent enrayer sa marche pour un temps plus ou moins long? Est-il vrai que certaines cardiopathies — les affections mitrales en particulier — sont un obstacle à l'évolution, à la pullulation du bacille? Est-il vrai que certaines formes de l'hystérie prennent le masque, et deviennent le frein d'une tuberculose commençante? Est-il vrai enfin qu'un phtisique goutteux, hémorrhoïdaire, migraineux, cardiaque ou névropathe a plus de chance de vivre que le phtisique ordinaire?

Si oui, nous avons une preuve nouvelle et tangible que, dans l'espèce humaine, tous les individus ne sont pas égaux devant la bacillose; que s'il en est qui s'infectent et se contaminent avec une déplorable facilité, il en est d'autres qui ne sont pas ou qui sont difficilement tuberculisables. Le pourquoi, nous l'ignorons ; ni la chimie biologique, ni la bactériologie, ni la médecine expérimentale ne nous le disent. Il appartient à la médecine clinique de nous montrer le fait, et de l'enregistrer chaque jour. Et je le répète encore : pour avoir la raison, l'explication du fait, il faut s'adresser au tuberculeux *réfractaire*, à celui que j'appelle le tuberculeux *bien portant*. Lui seul peut nous donner la clef du problème toujours médité par le clinicien, et jamais résolu, à savoir pourquoi tel phtisique vit, et tel autre meurt; car lui seul porte en lui les éléments d'immunisation, qui font sa force et sa résistance.

Ces éléments de défense, il les puise à des sources multiples ; et pour les apprécier et les bien juger, il faut suivre le malade dans sa vie individuelle et dans sa vie familiale, l'étudier dans ses antécédents personnels et héréditaires; il faut surprendre et saisir, dans l'ordre et la variation de ses troubles nutritifs élémentaires, certains équivalents, certains antagonismes pathologiques, seuls capables de brider et d'enrayer la tuberculose, d'en suspendre la marche tout au moins. Qui ne voit pas ces sources, qui ne tient pas compte de ces incompatibilités et de ces antagonismes, ne connait pas le phtisique et est incapable de lui venir en aide.

Ceci m'amène aux médications que réclame le poitrinaire.

Depuis bon nombre d'années, il n'est question, pour le phtisique, que des cures d'air, de repos et de suralimentation. Placer le malade dans les conditions les meilleures pour amener chez lui, à la seule force des agents de l'hygiène, des activités cellulaires nouvelles qui vont limiter les atteintes du microbe, et prévenir l'infection, nous ne cherchons pas autre chose, nous n'allons pas plus loin.

J'ai trop vu les bienfaits du bon air, d'une bonne alimentation et d'une réglementation judicieuse des exercices physiques pour jamais médire d'une hygiène

sévèrement contrôlée dans le traitement du poitrinaire. Mais ériger en système, en dogme thérapeutique la fameuse triade — *repos étendu*, *aération continue*, *suralimentation* — c'est s'endormir dans une sécurité trompeuse, c'est supprimer les difficultés d'un des problèmes les plus ardus de la thérapeutique clinique, c'est méconnaître ce qu'exige le tuberculeux : une loi d'alternance dans l'emploi des ressources hygiéniques et des agents médicamenteux.

Le phtisique est un *faible* et un *irritable*, auquel conviennent aujourd'hui les remèdes doux, comme dit Bordeu, et demain les remèdes forts ; aujourd'hui les stimulants et les remontants, demain les sédatifs et les calmants ; aujourd'hui la cure de protection, demain la cure d'endurcissement. Nous devrons aujourd'hui provoquer des réactions locales et générales, susceptibles de favoriser l'expulsion ou la réparation des tissus nécrosés ; nous devrons demain atténuer des mouvements congestifs, combattre des poussées inflammatoires trop intenses.

Une formule univoque, fût-ce la triade si prônée, ne saurait donc convenir à notre malade. Sans nier les résultats heureux qui nous sont fournis par les statistiques recueillies dans les sanatoriums, il nous est permis de les interpréter. — Nous savons tous que le phtisique guérit partout et ne guérit nulle part : ce qui veut dire que, guérissant naturellement et spontanément à toutes les étapes de son mal, et dans toutes les conditions de vie sociale qu'il traverse, comme le prouvent, et les recherches déjà vieilles de Rogée et de Natalis Guillot, et les investigations récentes de M. Brouardel, il n'est le tributaire, l'obligé d'aucune médication spécifique ; mais qu'il fait lui-même sa guérison, et qu'il l'assure en puisant dans l'hygiène et la thérapeutique les éléments les plus variés, qui viendront en aide à ses défenses naturelles ou qui lui en créeront d'artificielles. Rien d'étonnant alors qu'il puisse guérir là où toutes les ressources de l'hygiène sont accumulées et savamment distribuées ; rien d'étonnant surtout qu'il sorte guéri du Sanatorium, s'il y est entré au titre de simple candidat à la tuberculose, ce qui est ou ce qui devrait être le cas le plus fréquent.

Si l'hygiène est, dans les maladies chroniques, le préliminaire obligé, l'adjuvant nécessaire, la base indispensable de toute bonne thérapeutique ; si, dans la tuberculose, elle peut, à elle seule, libérer certains *menacés*, certains *douteux*, la scène change, le problème se complique, quand il s'agit de traiter un tuberculeux *confirmé*. Pour ma part, j'ai toujours vu mes malades, à lésion fixe et parlante, revenir des Sanatoriums de Suisse ou d'Allemagne avec un état général excellent — augmentation de poids, meilleur équilibre circulatoire et nerveux, etc. — mais je les ai vus aussi sans changement aucun, ou sans changement appréciable, dans leur état local, dans leurs altérations pulmonaires, qui continuent à se traduire par les mêmes signes stéthoscopiques. C'est qu'ici, comme je ne crains pas de le répéter, la maladie n'est pas en train de se faire ; elle est faite, et chacun réagit contre elle à sa façon. Aussi ne peut-il plus être question d'hygiène ou de médication uniformes ; la variété des traitements s'impose. Nous avons à stimuler et à résoudre, à révulser et à calmer, à transformer, à cicatriser des tissus catarrhés, ramollis ou indurés, creusés ou détruits. Nous avons à soigner un organisme, à scruter ses éléments sains et malsains ; à nous rendre compte de ses défenses ; à provoquer des antagonismes salutaires ou à réveiller des servitudes bienfaisantes, que nous opposerons comme un frein aux envahissements et aux dégradations du processus spécifique. Puisque nous ne pouvons atteindre la cause virulente, attachons-nous à la rendre impuissante.

Quelles vont être nos armes dans cette lutte ? Vous n'attendez pas de moi, Messieurs, que je les passe en revue. Sans craindre le plaidoyer *pro domo suâ*, je ne veux signaler que deux ou trois points de la médication hydro-minérale, de celle des Eaux-Bonnes en particulier.

Je prends le phtisique que l'on rencontre tous les jours.

Celui-ci a 20 ans. Son père est mort tuberculeux, sa mère est nerveuse et dyspeptique. Lui-même présente quelques stigmates de neurasthénie : insomnie, asthénie nervo-musculaire, dyspepsie. A son sommet gauche, dans un point très circonscrit, très limité, existent, avec de la matité, un claquement sec, comme un bruit de soupape, et quelques rares et fines crépitations, à timbre humide. Rien autre dans les poumons. Pas de fièvre.

Deux saisons sont faites aux Eaux-Bonnes. Les signes du sommet ont totalement disparu ; le malade ne tousse plus, ne crache plus depuis un an. Pour confirmer la guérison et équilibrer le système nerveux, l'hydrothérapie est conseillée ; méthodiquement dirigée, elle est très bien supportée et donne d'excellents résultats.

Celui-là a 52 ans, et depuis 12 ans porte une caverne dans son lobe supérieur gauche. Fils de goutteux, goutteux lui-même, il a vu ses accès de goutte disparaître à la suite d'une bronchite longue et tenace, qui peu à peu a désorganisé son poumon. Malgré l'étendue et la profondeur de sa lésion, malgré des hémoptysies répétées, il a conservé les apparences d'une santé parfaite. S'il ne toussait pas, s'il ne crachait pas abondamment, il ne se croirait pas malade. — Il vient chaque année aux Eaux-Bonnes depuis 15 ans. Son catarrhe, provoqué et entretenu par sa caverne, a progressivement diminué ; la goutte a reparu, l'état général est florissant.

Mais pourquoi multiplier ces exemples, qui sous une forme schématique représentent des cas vus et vécus ? Ces cas sont légion ; et l'observation clinique de chaque jour prouve jusqu'à l'évidence la réalité de l'action anti-catarrhale, immunisatrice et cicatrisante de la cure des Eaux-Bonnes.

Qu'ai-je fait en donnant l'Eau sulfureuse à mes malades ? J'ai provoqué dans leur poumon et dans leur économie une stimulation bientôt suivie de réactions salutaires. Celles-ci se traduisent : chez mon premier malade, par la disparition des crépitations humides du sommet, l'arrêt définitif de l'évolution caséeuse, la formation probable de tissu fibreux, l'aguerrissement des bronches, et le remontement de l'organisme ; chez le second malade, par l'atténuation graduelle du catarrhe et des signes cavitaires, par le rétrécissement progressif et le silence de la caverne, par le réveil des manifestations goutteuses.

Je n'ai fait en somme que soutenir l'organisme, et augmenter ses défenses, sans m'inquiéter de la cause virulente.

Il est d'autres agents de l'hygiène, les climats en particulier, d'autres médications d'ordre hydrologique ou pharmaco-dynamique, dont le phtisique devient tributaire à son heure. Mais je serais entraîné trop loin, s'il me fallait développer un tel sujet.

Je n'ai d'ailleurs pas la prétention d'apporter des documents nouveaux à l'histoire de la phtisie pulmo-

naire. Je n'exprime, sur la prééminence de l'organisme dans l'évolution de la tuberculose, que des idées générales, puisées dans l'étude du malade, et dont je trouve la confirmation dans les faits observés par moi depuis quarante ans.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La loi sur les Accidents du travail et le Médecin.

La Chambre des députés, dans sa séance du 23 mai 1901, a discuté les modifications à porter à la loi sur les accidents du travail. Parmi ces modifications, une proposée par notre confrère, le Dr Dubuisson, intéressait spécialement les médecins. Cette proposition laissait à la victime d'un accident du travail le libre choix de son médecin, permettait au médecin traitant de demander l'assistance d'un confrère dans les cas d'intervention chirurgicale et fixait les honoraires de ces médecins « aux prix moyens établis par les usages locaux ».

Cette proposition a été vivement et éloquemment soutenue par un député socialiste, M. Albert-Poulain, qui a démontré de quels moyens d'exploitation indignes usaient les Compagnies d'assurances à l'égard du corps médical, suscitant aux médecins qui ne veulent pas se plier à leur exigence des concurrents faméliques. « S'il y a quelques médecins qui travaillent pour accroître leur luxe, la plupart travaillent pour vivre et pour gagner leur pain », a dit M. Albert-Poulain. Et il a montré le médecin obligé d'accepter les forfaits des compagnies, décidé d'abord à faire son devoir, puis, petit à petit, débordé par les exigences de sa situation et incapable de remplir consciencieusement une besogne qui ne lui permet pas de vivre. M. Massabuau a interrompu l'orateur : « Ce n'est pas, a-t-il dit, le médecin qui est en cause. » Non, pas directement ; mais nos législateurs ne se sont pas aperçus de l'hypocrisie qui est au fond de la plupart de nos lois, et de celle des accidents du travail en particulier. Dans cette loi, on promet à l'ouvrier des soins et une indemnité en cas d'accidents et l'on fait en sorte que ces soins soient illusoires. On veut protéger le travailleur contre les catastrophes, conséquences inévitables de sa profession, et on le traite comme un indigent, sans souci de sa dignité, ni des circonstances qui en font une victime.

M. Albert-Poulain n'a pas eu gain de cause, le texte de la Commission a été voté. C'est une légère amélioration sur le texte ancien de la loi, car il consacre le libre choix du médecin par le blessé et fixe les honoraires de ce dernier, dus par le patron dans les régions où il n'existe pas de tarif de l'assistance selon les usages locaux. M. Albert-Poulain a bien protesté il a montré que l'ouvrier sera tenu de payer la différence si le médecin exige davantage : mais nos députés sont bien tranquilles là-dessus, ils savent que les médecins ne peuvent rien exiger.

En ce qui concerne le remboursement des frais hospitaliers, constatons le même manque de lucidité chez nos législateurs. Ils chargent sans scrupules les hôpitaux du soin des ouvriers blessés ; c'est à l'hôpital qu'il faut envoyer le malade parce qu'il y sera mieux, disent certains ; et on réplique à M. Albert-Poulain qui montre le sentiment très naturel de celui qui veut se faire soigner chez lui : « Ce n'est qu'un sentiment ! » Que répondre à cela, sinon les belles paroles qui terminent le discours de M. Albert-Poulain :

« La vérité, monsieur le rapporteur, c'est que les intérêts en jeu, dans l'état actuel des choses, sont tellement violents que la plupart des hommes qui sont puissants n'ont plus de cœur. »

Enfin, quand l'ouvrier aura fait choix de son médecin, le patron pourra proposer à l'agrément du juge de paix la désignation d'un docteur chargé de le renseigner par une visite mensuelle sur l'état de la victime.

Difficile et délicate sera la tâche de ce dernier et quelle source de litiges et de conflits, si Hippocrate dit oui, quand Galien dira non !

Que conclure de cette longue discussion ? C'est qu'en maintenant le tarif de l'Assistance publique pour le médecin appelé par la victime, la loi consacre une injustice. Victime continuelle d'une série de lois, de règlements, de coutumes qu'on lui impose au nom du Devoir, le praticien qui, en France, a conservé plus que partout ailleurs le sentiment de la dignité et de l'honneur professionnels, finira aussi par évoluer, et il répondra un jour à ceux qui, avec de grands mots, cherchent à l'exploiter, par la rude devise de Karl Marx :

« Pas de devoirs sans droits ; pas de droits sans devoirs. »

J. Noir.

Les aliénés en liberté : Attentat contre le Dr Loir.

Il est très commun de lire dans les journaux politiques des articles contre les asiles d'aliénés, que l'on qualifie de bastilles modernes, et contre les médecins de ces établissements, sans cesse en danger, que l'on accuse de se rendre coupables ou complices de séquestrations arbitraires. Pour qui connaît les uns et les autres, ces accusations n'ont pas le sens commun. La conséquence de ces accusations, souvent violentes, c'est que les familles et les médecins hésitent à faire procéder en temps opportun à l'internement des aliénés, d'où de redoutables accidents comme celui qui vient de se produire à Tunis.

« Le correspondant du *Temps* à Tunis a télégraphié à ce journal (28 mai) que ce matin à 9 h. 1/2, devant le laboratoire de l'Institut de la régence, M. Panet, préparateur, a tiré quatre coups de revolver sur le Dr Loir, directeur, qui arrivait. Tous les coups portèrent. Le meurtrier fut immédiatement arrêté.

« Il résulte des premiers renseignements que cet employé était en proie au *délire de la persécution*. Il avait donné ces jours-ci, sa démission à grand fracas et avait dit, à certaines personnes, qu'il était poursuivi par un juif, que cette vie-là allait finir. Néanmoins, personne ne supposait qu'il pousserait les choses à ce point et attenterait à la vie d'un docteur universellement estimé. Le Dr Loir est neveu de Pasteur ; il fut commissaire général de l'exposition de Tunisie. Il est marié et père de deux enfants. Transporté à l'hôpital, les balles qui l'avaient atteint ont été extraites. Aucun centre vital n'étant touché, on espère sauver le Dr Loir. »

Le premier devoir qui s'impose en présence d'une personne aliénée, c'est de procéder à son placement, soit dans une maison privée, soit dans un asile public. Il y va de son intérêt immédiat, car plus tôt on aura recours à l'isolement et à un traitement approprié, plus grandes seront

les chances de guérison. La sécurité publique n'est pas moins intéressée à l'application de cette mesure. Le cas du Dr Loir vient s'ajouter à ceux, en nombre considérable, que nous rapportons tous les mois dans les *Archives de Neurologie* et qui démontrent, d'une façon évidente, les inconvénients qui résultent de la liberté laissée aux aliénés. On éviterait ainsi beaucoup de suicides d'aliénés et beaucoup de meurtres commis par eux.

Médecins, commissaires de police, maires et préfets ne devraient donc jamais hésiter à conseiller dans ce sens les familles. Très lourde est la responsabilité de ceux qui ajournent, par crainte de récriminations ou pour ne pas surcharger le budget communal ou le budget départemental. Ils servent mal leurs malades et fabriquent des incurables. B.

A propos de la fausse grossesse de la reine Draga.

La publication des consultations médicales de la reine Draga de Serbie a produit, il fallait s'y attendre, une profonde stupéfaction. Le public a été étonné de la mise à nu détaillée des plus intimes infirmités de cette reine, qui, malgré cela, ne paraît pas avoir perdu les droits qu'une femme et une malade ont au respect des gens bien nés. Les médecins ont été écœurés de cette violation du secret professionnel; elle donnerait à croire que le temps de leur légendaire discrétion est bien passé. Nous tenons à joindre nos protestations à celles de nos confrères de la presse médicale française; ils n'ont pu faire sans répugnance la lecture de cette publication qui froisse la délicatesse des hommes et la conscience des médecins. J. N.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 mai. — Présidence de M. Raillet.

Ponction lombaire. Fracture du crâne.

MM. Tuffier et Milian. — Le diagnostic de la fracture du crâne peut être affirmé par la ponction lombaire; le liquide est rosé, couleur chair, teinté par le sang reconnaissable au microscope. — Si le liquide est rouge vif, c'est qu'il y a abondante hémorragie intra-méningée. — L'aiguille à ponction peut, en traversant les tissus, donner une légère hémorragie; en recueillant le liquide dans trois tubes successifs, l'intensité de la coloration du liquide prévient cette erreur, les cultures microbiennes permettant de savoir si le milieu est infecté. Un résultat négatif ne peut faire rejeter la fracture du crâne.

Coagulation du sang.

M. Milian. — A la fin et au début d'une hémorragie, le sang coagule plus vite qu'au milieu et les différences de la durée sont considérables; cette modification est locale et due sans doute à l'accumulation de substance coagulante, fibrin-ferment, dont il faut tenir compte dans l'étude clinique de la coagulabilité du sang.

Excrétion de l'azote et du chlore pendant la dénutrition.

M. Javal. — Chez l'homme sain soumis à une nourriture insuffisante l'auteur a étudié la différence entre l'ingestion et l'excrétion de l'azote et du chlore, puis la variation du poids des corps, l'influence des chlorures, des iodures et de l'alcool sur la dénutrition : pendant les trois premiers jours de dénutrition, la privation de chlorure de sodium a amené la perte de chlorure qui s'est atténuée rapidement; le quatrième jour, il y eut rétention légère. La perte de poids fut plus considérable pendant la période de perte de chlorure.

La simple addition de 10 gr. de chlorure de sodium à la ration insuffisante amena gain de chlorure d'azote et augmentation de poids, ce qui, au point de vue clinique, est important, puisque la simple addition de sel a suffi pour entraîner la dénutrition par les albuminoïdes.

Septicémie par le bacille de Pfeiffer.

M. Jacobson (de Bordeaux). — Le bacille de Pfeiffer, dépourvu de virulence pour les animaux en expérience, a pu être rendu virulent en l'associant au streptocoque; l'auteur a pu, sans addition, amener par le bacille de Pfeiffer seul et aussitôt la mort des animaux de laboratoire.

Antipyrine et chorée.

MM. Carrière et Leclercq (de Lille) ont obtenu la cessation des mouvements choréiques par des doses progressives atteignant 10 à 19 gr. par jour.

Hystérie et olfaction.

M. Vaschide. — L'auteur a observé, après les crises hystériques, la mensuration de l'olfaction par l'eau camphrée. Avant les crises, il y a hyperesthésie légère qui disparaît pour revenir à l'état normal avant la fin de la crise. La reconnaissance des odeurs diminue pendant le paroxysme. La sensibilité de la muqueuse pituitaire augmente pendant les crises.

Analgésie épidurale.

M. Brocard a expérimenté la méthode Sicard par les douleurs névralgiques des membres inférieurs chez treize malades atteints de sciatique, avec une solution de cocaïne à 1 pour 200, à la dose de 4 c.c., sans accidents consécutifs. Les douleurs s'amendent et la douleur peut cesser deux ou trois jours; le lieu d'élection, la ligne bi-tuberculeuse des cornes sacro-coccygiennes à travers le tégument sacro-coccygien, ce qui remplit le canal sacré et vient baigner rapidement l'extrémité inférieure du cône dural et les troncs nerveux.

Action vaso-motrice de la cocaïne.

M. Laborde. — L'auteur pense que les résultats analgésiques sont dus à l'action du toxique sur les vaisseaux sanguins. La cocaïne agit comme vaso-constricteur, et c'est sans doute ainsi qu'elle produit l'anesthésie dans la méthode épidurale.

M. Hallion pense que cette méthode est trop absolue; car, si cette explication était vraie, l'anémie des éléments nerveux devrait produire des résultats analogues. Le nerf, dépouillé de l'apport sanguin, ne donne aucunement les mêmes résultats; la cocaïne impressionne *directement* tous les éléments vivants, les excite à faible dose, les paralyse à dose forte; mais la même dose est forte et paralyse l'appareil nerveux sensitif, et faible, c'est-à-dire excitante pour l'appareil constricteur des vaisseaux; l'anémie de la région se juxtapose à l'anesthésie, mais ne la commande pas. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 mai 1901.

Névralgies et anévrysmes latents.

M. Huchard montre qu'au début les anévrysmes, surtout ceux de l'aorte thoracique descendante et de l'aorte abdominale, sont souvent pris pour une simple névralgie, un lumbago, un rhumatisme.

Cependant un diagnostic précoce est de la plus grande utilité puisqu'il permet d'instituer de bonne heure un traitement assez souvent curatif par le repos, le régime lacto-végétarien, la médication iodurée. C'est ce qui est prouvé par une observation récente où M. Huchard montre que les caractères cliniques des douleurs lui ont permis de dépister un anévrysme latent de l'aorte, révélé ensuite par la radioscopie, et d'instituer une médication spéciale dont le résultat a été la disparition de douleurs intolé-

rables et persistantes depuis dix-huit mois, et la diminution de volume du sac anévrysmal, comme le démontre la seconde épreuve radiographique.

M. Huchard rappelle encore, par d'assez nombreux faits personnels et d'autres puisés dans la littérature médicale, que la douleur, si on sait bien l'analyser, si l'on en étudie bien tous les caractères spéciaux, est un symptôme *révélateur* d'une tumeur anévrysmale restée latente jusque-là.

M. Fournier insiste sur l'importance pratique de ces faits. Dans un cas le traitement spécifique amena la guérison d'une névralgie brachiale atroce. Trois ans plus tard survenait un anévrysme aortique. Le traitement spécifique, employé dès le début, le guérit également. Dans ces faits, il y a d'ailleurs périaortite plutôt qu'anévrysme vrai.

Le déciduome malin.

M. Barette rapporte un cas de déciduome malin opéré il y a plus de six mois et jusqu'ici resté sans récidive.

Election de trois correspondants étrangers (2e division).

Les candidats présentés étaient : MM. Reverdin (de Genève), Cecchrelli (de Parme), Neugebauer (de Varsovie). Ils ont été élus à la presque unanimité des voix.

A. F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 mai 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Leucémie myélogène avec splénomégalie.

MM. Triboulet et Ledoux présentent un malade syphilitique atteint d'une énorme splénomégalie qu'on avait de la tendance à attribuer à la tuberculose, mais l'examen du sang permit de constater qu'on avait affaire à une leucémie à myélocytes.

M. Widal insiste sur l'intérêt de cette observation qui s'ajoute à beaucoup d'autres pour démontrer que la splénomégalie dans la leucémie est presque constamment un signe de l'origine myélogène de la leucémie.

M. Triboulet fait remarquer qu'un traitement antisyphilitique n'a donné aucun résultat, on a dû l'interrompre à cause de l'apparition de l'albuminurie. Le cacodylate de soude n'a en rien modifié l'état du malade.

Expulsion d'un calcul biliaire volumineux.

M. Troisier présente un gros calcul biliaire expulsé par une dame qui n'avait jusqu'alors eu aucune colique hépatique, ni aucun ictère. Le volume du calcul (25 millim.) ne permet pas de croire à son issue par le cholédoque, il est probable qu'une fistule cystique s'est formée et ouverte dans l'intestin. Un autre calcul plus gros a été expulsé sans douleur et a été communiqué par M. Duguet.

Anévrisme de l'aorte et insuffisance aortique.

M. Launois présente un malade atteint d'un anévrisme de l'aorte avec insuffisance aortique. Ce malade syphilitique a des antécédents héréditaires cardiaques et un de ses enfants est lui-même cardiaque. M. Launois montre des radiographies indiquant la lésion de ce malade.

Radiographie stéréoscopique.

M. Béclère montre des radiographies stéréoscopiques qui donnent la sensation du relief et de la profondeur.

Valeur diagnostique de la fonction lombaire.

MM. Babinski et Nageotte exposent par des exemples l'intérêt de la ponction lombaire et de l'examen des éléments figurés du liquide de la ponction dans le diagnostic, parfois très difficile, de certaines méningites céphalo-rachidiennes et d'affections diverses diffuses de la moelle et de l'encéphale. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 mai 1901. — Présidence de M. Reclus.

Rachicocaïnisation.

M. Lejars insiste tout particulièrement sur la céphalalgie, que, dans certains cas, il a vue persister deux à trois jours; jusqu'à nouvel ordre, M. Lejars n'adoptera point cette pratique, à cause de ses inégalités, au point de vue des résultats.

M. Poirier a dû renoncer une fois à la piqûre, après trois échecs; une autre fois il a eu une anesthésie incomplète.

M. Legueu a pratiqué cent cinquante analgésies lombaires; cent fois, le résultat a été parfait; dans quatre cas seulement, il y a eu insuccès complet; la durée de l'analgésie paraît être de quarante à quarante-cinq minutes; jamais il n'y a eu d'accidents graves; M. Legueu n'a point fait de laparotomies, les seules opérations abdominales qu'il ait pratiquées sont des appendicites.

M. Routier a eu tout récemment un malade atteint d'une telle angoisse qu'il le crut en imminence de mort pendant une heure, ce qui le décide à ne plus employer la méthode.

Schwartz.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 mai 1901.

Simplification de l'analyse du suc gastrique.

M. Frémont, à la suite d'expériences faites sur les animaux, est arrivé à simplifier les procédés si compliqués dont on se sert d'habitude pour l'analyse quantitative du suc gastrique. On peut se borner au procédé suivant : après avoir déterminé l'acidité totale du liquide en expérience, on le neutralise avec une solution alcaline titrée, puis on l'évapore, et, enfin, on soumet le résidu à la calcination pendant laquelle les acides organiques se transforment en Co^2. La teneur des cendres en carbonates alcalins indique la quantité d'acides organiques que renfermait primitivement le liquide examiné. En retranchant cette quantité du chiffre de l'acidité totale, on a le taux de l'acide HCl libre de l'estomac.

Indices thermométriques des prédispositions morbides.

M. Tatau (de Nantes) envoie une note sur le degré thermique dans ses rapports avec certaines aptitudes morbides. Les nombreuses recherches auxquelles cet auteur s'est livré ont montré qu'on peut, au point de vue de la température du corps, diviser en trois catégories distinctes les personnes jouissant de toutes les apparences d'une bonne santé. Dans un de ces groupes — qui doit être considéré comme normal — la température oscille entre 37° et 37°5. Dans un second groupe le degré thermique habituel est de 38° : les sujets de ce genre ont une tendance à la tuberculose et, en effet, ils la contractent souvent par la suite. Enfin, certains individus présentent constamment une température au-dessous de 37° : ce sont les arthritiques et les scrofuleux.

P. Rellay.

Faculté de Médecine de Paris. — *Travaux pratiques.* (Séries supplémentaires de juin 1901.) — Afin de permettre à certains étudiants de régulariser leur situation scolaire, des séries supplémentaires, pour les travaux pratiques mentionnés ci-après, seront formées en juin 1901 : 1re *Année.* Chimie biologique, histologie, physique et physiologie ; 2e *Année.* Physique, histologie et physiologie; 3e *Année.* Parasitologie, anatomie pathologique et chimie pathologique. Seront seuls inscrits dans ces séries supplémentaires, après autorisation du doyen : 1° MM. les Etudiants n'ayant pas répondu à leur convocation pour une série régulière. 2° Ceux dont les notes d'assiduité et de travail ont été insuffisantes dans le cours de la série régulière. Le montant des droits à acquitter est de 15 francs pour chaque série d'exercices. MM. les Etudiants qui désirent être admis à accomplir des travaux pratiques, dans les séries supplémentaires de juin 1901, devront en faire la demande écrite à M. le Doyen avant le 28 mai 1901, en indiquant la nature des travaux qu'ils désirent suivre. Les élèves [illegible] seront convoqués par lettre individuelle.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : Dr CH. MIRALLIÉ.

I. — Les voies de conduction du cerveau et de la moelle, par le Pr von BECHTEREW. Traduit par C. BONNE. (Librairie Doin, Paris, 1900.)

I.— Il faut féliciter M. Bonne d'avoir fait connaître au public médical français l'anatomie médicale du système nerveux du savant professeur de Saint-Pétersbourg. Populaire en Russie et en Allemagne, cette œuvre considérable présente sur un plan tout nouveau, pratique et vraiment clinique, les connaissances actuelles en anatomie du système nerveux.

Au lieu de suivre les divisions macroscopiques de l'ancienne anatomie, au lieu d'étudier chaque segment du névraxe en lui-même et isolément, l'auteur a suivi un plan tout différent, plus clinique et partant plus fructueux : La pathologie nerveuse, dans ces dernières années surtout, s'est efforcée de dégager et de préciser le rôle et la formule pathologique de chaque système de fibres et d'établir la symptomatologie des divers neurones qui entrent dans la constitution du système nerveux. Etudier chacun de ces neurones, dans sa cellule d'origine, dans ses expansions et dans ses relations, tel est le plan que s'est tracé le Pr Bechterew, plan qu'il était placé au mieux, par ses études personnelles, pour mener à bonne fin. Prenant successivement chacune des voies de connexions du névraxe, il la suit dans toute son étendue de son origine à sa terminaison, et remplace les analyses des anciens auteurs par une synthèse fructueuse pour le clinicien.

Analyser une pareille œuvre est impossible. Il faut l'avoir lue et méditée pour se rendre compte de la somme énorme de travail personnel, de connaissance profonde et complète des travaux des divers auteurs que contient un pareil traité. Tous les travaux importants sont analysés, commentés et souvent vérifiés et rectifiés par les recherches personnelles de l'auteur.

La première partie nous enseigne les moyens d'étude du névraxe, les résultats fournis par chaque méthode et l'état de nos connaissances sur l'histologie du système nerveux.

La deuxième partie comprend les voies de conduction de la moelle : Le chapitre premier est consacré à l'axe gris; le second aux racines postérieures et aux cordons postérieurs; le troisième aux faisceaux d'association, aux faisceaux de projection des cordons antéro-latéraux et aux racines antérieures. Des considérations physiologiques terminent cette seconde partie.

La troisième partie est consacrée aux voies de conduction du tronc cérébral, et l'ordre suivi rappelle celui de la partie précédente, plan général que l'on retrouve dans chaque partie : noyaux gris du tronc cérébral; nerfs craniens; prolongements des voies médullaires; faisceaux d'association du tronc cérébral; voies centrales et autres connexions des noyaux des nerfs craniens; développement et physiologie.

La quatrième partie étudie les voies de conduction du cervelet; la cinquième les voies de conduction du cerveau terminal. La sixième partie, sorte de résumé synthétique, est consacrée à la conduction nerveuse en général et au trajet résumé des principales voies du système nerveux central.

La traduction française présentée par M. Bonne, présente sur l'édition étrangère de grosses modifications, qui rendent l'œuvre plus facile à lire et plus complète encore. Chaque partie est divisée en chapitres et en articles qui en augmentent singulièrement la clarté. Le nombre des figures a été considérablement augmenté. Chaque chapitre se termine par une bibliographie très complète du sujet traité; des notes nombreuses font connaître les derniers travaux parus sur l'anatomie du système nerveux. Enfin des tables multiples des matières, analytiques, alphabétiques, par noms d'auteurs, permettent de retrouver facilement et sans difficulté tous les renseignements désirables.

Cette œuvre considérable, un des plus beaux monuments élevés à l'anatomie du système nerveux, conçue sur un plan pratique, clinique et original, fait le plus grand honneur au Pr Bechterew. Il faut remercier M. Bonne du soin qu'il a mis à présenter cet ouvrage au public français; par les nombreuses additions personnelles qu'il a ajoutées, par les divisions qu'il a introduites, il a fait plus qu'œuvre de simple traducteur, et il n'est que juste de lui reconnaître la part importante qui lui revient dans ce travail considérable.

II. — Aide-mémoire de Neurologie; par Paul LEFORT. (Librairie J.-B. Baillière, 1900.)

II. — S'efforçant de rappeler à l'étudiant et au praticien les grandes lignes de la neuropathologie dans cet aide-mémoire, l'auteur insiste surtout sur les maladies les plus fréquemment rencontrées et passe rapidement sur les affections rares; de même, les pages consacrées à la symptomatologie et au diagnostic sont plus développées que celles où sont décrites les lésions; écrit dans un but éminemment pratique, l'auteur évite les discussions. Successivement il passe en revue les maladies de l'encéphale, hémisphères, cervelet, mésencéphale, bulbe, syndromes cérébraux; les maladies de la moelle, des méningites et des nerfs, les névroses, les maladies des muscles, les dystrophies d'origine nerveuse. Une table alphabétique très complète permet de retrouver facilement le renseignement cherché.

III. — Paralysie myasthénique (paralysie bulbaire sans lésion anatomique); par OPPENHEIM. (Librairie Karger, Berlin, 1901.)

III. — Depuis l'observation de Willks (1877), les observations de myasthénie pseudo-bulbaire se sont multipliées; les unes vérifiées par le contrôle anatomique, les autres basées uniquement sur la clinique. Mais les travaux d'ensemble sont encore rares : mieux que tout autre, Oppenheim, qui a tant fait pour l'édification de cette forme morbide, était désigné pour écrire un mémoire sur cette affection. Rassemblant toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, le savant professeur de Berlin a écrit une monographie qui résume d'une façon parfaite nos connaissances actuelles sur le sujet.

Après une introduction historique, Oppenheim divise les faits publiés en trois groupes : le premier comprend les cas où l'examen anatomo-pathologique est venu démontrer l'exactitude du diagnostic; le second est composé par les faits (au nombre de 12), avec examens anatomo-pathologiques, qui se rapportent vraisemblablement à cette forme morbide (6 cas); le troisième est consacré à 41 observations où la clinique fait porter le diagnostic myasthénie, mais qui manquent du contrôle anatomique. C'est en se basant sur l'étude de ces faits que le professeur Oppenheim esquisse d'abord rapidement la physionomie clinique de la maladie, puis étudie plus particulièrement en détail les différents symptômes; viennent ensuite les conditions etiologiques, qui comprennent surtout trois facteurs, la diathèse névropathique, l'infection et le surmenage. L'anatomie pathologique est surtout négative, puisque l'absence de toute lésion est la caractéristique de cette forme morbide.

L'auteur étudie les cas douteux ou complexes, au nombre de 20, qui l'amènent à présenter les symptômes rares de la maladie, ses formes atypiques, ses complications. Le diagnostic est des plus importants à établir : « La combinaison de symptômes bulbaires avec une ophtalmoplégie externe secondaire et de la faiblesse des muscles du tronc et des extrémités; le développement non apoplectique, non aigu, mais au contraire lent et par poussées, de ces phénomènes paralytiques; la prédominance manifeste de la faiblesse des muscles masticateurs et de la parésie de l'orbiculaire des paupières; la participation fréquente de la musculature de la nuque, le caractère purement moteur des phénomènes, la prédominance de la myasthénie sur la paralysie, sur tout ou partie des muscles intéressés, la marche rémittente, l'absence d'atrophie musculaire et d'altération correspondante de l'excitabilité électrique pendant la longue durée de la maladie, l'existence de la réaction myasthénique, tous ces phénomènes constituent par leur réunion une forme symptomatique hautement différenciée. »

Le pronostic est grave et la thérapeutique peu efficace.

IV. — Disposition des centres moteurs corticaux de l'homme d'après les resultats de leur excitation faradique au cours d'opérations cérébrales; par le Pr von BECHTEREW. (*Arch. f. anat. u. Phys.*, 1899.)

IV. — Au cours de trois opérations cérébrales, Bechterew eut l'occasion d'examiner par l'excitation faradique la position des centres corticaux du cerveau de l'homme. Dans le premier cas il s'agissait d'un enfant de 11 ans atteint d'épilepsie corticale de l'hémisphère gauche, par lésion de la partie inférieure

des circonvolutions centrales et de la partie postérieure de la 2e frontale; le second cas concernait un paysan présentant des secousses cloniques de la moitié gauche du corps avec prédominance dans le bras; enfin, un garçon de 16 ans fut opéré pour des convulsions du côté droit, avec attaques épileptiques et perte de connaissance De ses recherches, l'auteur conclut que la position des centres moteurs est chez l'homme identique à celle du singe. Les centres moteurs occupent les circonvolutions ascendantes et la partie adjacente des circonvolutions frontales. Le centre du membre inférieur occupe la partie supérieure de cette zone; celui du membre supérieur, la partie moyenne; en bas sont les centres du pouce, des doigts et de la face. Les centres pour les mouvements latéraux de la tête et des yeux siègent à la partie postérieure de la 2e frontale et vraisemblablement au voisinage; les centres de la musculature du tronc sont situés à la surface de la circonvolution frontale ascendante au-dessus du centre du membre supérieur. Le centre de motilité du pouce et des doigts est placé audessous et en dehors du centre du bras. Chez l'homme, comme chez le singe, chacun de ces centres est séparé par des zones non excitables par le courant. L'analogie parfaite entre la disposition des centres chez l'homme et le singe est très importante au point de vue opératoire.

V. — Affections multiples des nerfs craniens compliquant le zona; par L. Achard. (Thèse de doctorat, Lyon, 1899-1900.

V. — Dans ce mémoire très complet et très documenté, l'auteur étudie successivement les paralysies faciales zostériennes, les paralysies de la branche ophtalmique, les lésions multiples des nerfs craniens dont il donne une observation personnelle. Il explique ces troubles en admettant comme probable que le zona résulte des altérations portant sur les nerfs centrifuges, présidant aux fonctions propres du revêtement cutané. Ainsi s'expliquerait la possibilité d'un zona sans troubles sensitifs, la lésion pouvant porter dans certains cas, d'une façon isolée, sur les nerfs spéciaux de la face.

VI. — Étude anatomo-pathologique et clinique des lésions du nerf optique dans les fractures de la base du crâne; par A. Mardellis. (Thèse de Lyon, 1899-1900.)

VI. — Cette thèse a pour point de départ 4 observations du Dr Rollet, dont une avec autopsie. Après une étude anatomique des fractures de la base du crâne et des lésions du canal optique que l'on trouve dans 70 0/0 des fractures de la voûte orbitaire, l'auteur admet dans ces derniers cas, avec Hölder, la présence d'épanchement dans les gaines du nerf optique. Malgré l'absence de troubles oculaires immédiats et la bénignité des symptômes produits par le trauma, il faut faire des réserves, dans tous les cas de traumatisme du crâne; car ils peuvent être suivis de cécité quelques semaines ou quelques mois après l'accident. L'examen ophtalmoscopique est très utile pour le diagnostic d'un épanchement sanguin intracranien et pour le pronostic au point de vue de la vision dans tous les cas de trauma du crane.

VII. — Contribution à l'étude de l'hémianesthésie organique: par Rigollet. (Thèse de doctorat, Lyon, 1899-1900.)

VII. — La localisation du carrefour sensitif est encore en discussion, les uns continuant à admettre l'opinion de Charcot, les autres, MM. Dejerine et Long en particulier, cherchant à établir que la région dont la lésion produit le plus sûrement l'hémianesthésie serait au contraire le thalamus. L observation présentée par MM. Nollaud et Rigollet apporte une confirmation éclatante à la seconde de ces deux opinions. Leur malade avait présenté une anesthésie totale et complète du coté droit du corps. Cette hémianesthésie, survenue à la suite d'un ictus apoplectique, était d'abord accompagnée d'hémiplégie, puis avait persisté après la disparition de cette dernière. Ce cas type d'hémianesthésie cérébrale présenta une lésion entièrement comprise dans la couche optique occupant surtout la partie postérieure, inférieure et externe. Nulle part elle n atteint la limite de la couche optique. En particulier la capsule interne paraît absolument intacte. L'auteur nie donc l'existence du carrefour sensitif. Il discute ensuite les caractères différentiels de l'hémianesthésie organique et de l'hémianesthésie hystérique.

VIII. — Un cas de paralysie faciale double; par le Pr Jolly. (*Deutsche Med. W.*, 1900, n° 11.

VIII.— Un homme, actuellement âgé de 44 ans, a été atteint d'un traumatisme grave de la tête. Son état actuel est le suivant : Perte de la mimique, impossibilité de rider le front, de fermer les yeux, de tordre la bouche; les seuls mouvements actifs de la face sont ceux de la mâchoire. Les muscles innervés par les nerfs faciaux ont perdu toute motilité. Parole altérée par la parésie des lèvres, impossibilité de projeter les lèvres en avant, occlusion de la bouche difficile. Signe de Charles Bell. Contracture de l'élévateur de la houppe du menton. Sur les muscles paralysés, diminution de la contractilité électrique, mais sans R. D. Le voile du palais est intact, par contre les deux tiers antérieurs de la langue ont perdu toute sensibilité gustative. Diminution de la sécrétion de la salive. Paralysie du trijumeau gauche, anesthésie de la peau, de la cornée, rétinite neuro-paralytique. Pas de trouble de l'audition. L'auteur admet une lésion bilatérale des faciaux, au-dessous du ganglion géniculé, au-dessus de l'origine de la corde du tympan, le trijumeau gauche est aussi atteint et ces lésions relèvent d'une fracture de la base du crâne.

IX. — Recherches sur l'audition chez les sourds-muets; par C. Ludwig. (Thèse de doctorat de Marbourg, 1900.)

IX. — De l'examen de 60 malades pratiqué à la clinique du Pr Ostmann, à Marbourg, l'auteur conclut que 38 sont complètement sourds. Sur 30 enfants, 10 sont complètement muets, 18 incomplètement, 2 parlent. — 16 fois les parents et les frères et sœurs étaient sains; 14 fois les parents étaient sains, les frères et sœurs sourds-muets. La surdité était congénitale 32 fois, et acquise 20, et due alors à la méningite cérébrospinale (6 fois), à la rougeole (2), à une otite moyenne (2), à une encéphalite (2), 8 fois la cause était inconnue. A l'examen, 12 fois l'oreille s'est montrée normale; 48 fois il existait une affection récente de l'oreille moyenne et en particulier de la trompe. En même temps, 6 enfants présentaient des troubles oculaires (1 conjonctivite, 2 astigmates, 2 strabiques, 1 myope). De ces 60 enfants, 16 reconnaissaient toutes les voyelles; 3 toutes les consonnes; 11 tous les mots; 6 les phrases, 15 n'entendaient qu'un bruit; 9 étaient complètement sourds. Certains enfants, qui ne distinguaient aucune consonne, reconnaissaient des mots usuels. Ces recherches démontrent que certains enfants, malgré un reste de capacité auditive, insuffisant pour distinguer et classifier les sons du langage humain, certains enfants peuvent être sourds-muets.

X. — Un cas de paralysie du nerf péronier après un rhumatisme articulaire et la chorée; par le Pr Jolly. — (*Charite Annalen*, XXVe année).

X. — Un jeune homme de 16 ans est atteint de rhumatisme articulaire aigu, puis de chorée. Plusieurs mois après il présente une paralysie de tous les muscles innervés par le nerf péronier droit. Le pied est tombant, la flexion sur la jambe est impossible, ainsi que le relèvement du bord externe; la flexion dorsale des orteils est impossible. La paralysie est flasque; les muscles paralysés, surtout ceux du groupe antéro-externe de la jambe, sont sensibles à la pression, tandis que la pression du nerf péronier est indolore. La contractilité faradique des nerfs et des muscles a disparu; la contractilité galvanique des muscles persiste pour les très forts courants (15 à 20 M. A. avec excitation bi-polaire), mais très incomplète et paresseuse. La sensibilité est diminuée sur le dos du pied, sur le territoire du nerf péronier superficiel.

XI. — Syphilis de la moelle épinière; par Williamson. Librairie Sherratt et Hughes, Manchester, 1899.)

XI. — Dans une courte brochure l'auteur résume nos connaissances actuelles sur la syphilis médullaire. L'étiologie nous renseigne sur la fréquence de la maladie : sur 14.575 malades de la Royal infirmerie de Manchester, 2.456 étaient atteints de maladie nerveuse, dont 118 d'ataxie et 32 de syphilis spinale. Résumant les formes cliniques de la syphilis spinale, l'auteur admet : la syphilis des vertèbres, la méningite syphilitique chronique; la méningo-myélite; la paraplégie brusque (d'origine vasculaire); la paralysie spinale syphilitique de Erb la

gomme des méninges et de la moelle épinière; les formes anormales (syndrome de Brown-Séquard, triplégie, sclérose en plaques, poliomyélite aiguë antérieure; sclérose latérale amyotrophique; la paralysie pseudo-hypertrophique, la syringomyélie, la pachyméningite, l'ataxie locomotrice); enfin le tabes, dégénérescence post-syphilitique. Les 32 cas de syphilis spinale comprennent 3 cas de méningite, 16 de méningo-myélite, 6 de paraplégie aiguë, 4 du type Erb, une gomme, une triplégie et un pseudo-tabes. Après une vue d'ensemble sur le diagnostic général de la syphilis spinale, Williamson étudie successivement chacune des formes de syphilis médullaire énumérées ci-dessus et examine sa symptomatologie, son anatomie pathologique, son diagnostic, en se basant non seulement sur les observations recueillies à la clinique de Manchester (observations que l'auteur donne complètes), mais aussi sur les autres cas analogues de la science; et fait suivre chaque chapitre d'une courte bibliographie. Résumé intéressant du sujet, enrichi de quelques observations originales.

XII. — Les centres auditifs de l'écorce cérébrale; par von Bechterew. (*Arch. Anat. u. Phy.*, 1899.)

XII. — L'auteur cite d'abord les recherches expérimentales de Ferrier, Ferrier et Yes, Munk, Goltz, Luciani et Seppili, Tonnini, Horsley, Schäfer, Brown, Baginsky; puis il insiste sur les recherches pratiquées dans son laboratoire par Larionoff, en 1895, et celles faites par lui-même par enlèvement total de l'un ou des deux hémisphères chez la poule et le pigeon, et par excision des hémisphères et destruction de la sphère auditive chez le singe et le chien. L'enlèvement du lobe temporal entraîne constamment la perte complète de l'audition de l'oreille opposée et une diminution de l'audition de l'oreille du même côté, résultat qui implique l'entrecroisement partiel des fibres auditives dans la substance sous-corticale. Des recherches pratiquées avec des diapasons différents confirment cet entrecroisement incomplet et montrent aussi que les différents points de l'écorce temporale se comportent différemment par rapport à la tonalité des différents sons. Le centre tonal des octaves basses jusqu'à la moitié des octaves hautes se dirige de haut en bas de la partie inférieure et postérieure de la deuxième circonvolution temporale, puis, entourant en arc de cercle l'extrémité postérieure du deuxième sillon (fissure postsylvienne de Owen), se rend de bas en haut dans la troisième circonvolution, atteint la pointe de cette circonvolution, s'infléchit en bas et arrive en traversant le troisième sillon (fissure ectosylvienne de Owen) dans la moitié postérieure du gyrus angulaire.

Par analogie on peut admettre que le centre corticale chez l'homme est placé dans la deuxième et la première circonvolution temporale et dans la partie postérieure de l'insula. Ce centre sert à la perception des bruits et des mots. — Le centre de perception des sons articulés siège chez le chien dans la partie postérieure de la troisième circonvolution. Chez l'homme le centre auditif verbal de Wernicke occupe les deux tiers postérieurs de la première circonvolution temporale.

XIII. — Origine sexuelle de la neurasthénie et des névroses d'angoisse; par Gattet. (Libr. Aug. Hirschwaler, Berlin, 1898.)

XIII.— On sait l'importance que des travaux récents, en particulier ceux de Freud, tendent à donner aux troubles sexuels dans l'étiologie des névroses. Gattet a étudié à ce point de vue 100 malades pris à la clinique du Pr Krafft-Ebing. En regard de la cause étiologie sexuelle, l'auteur note les symptômes observés, et conclut à l'existence de l'hystérie, de la neurasthénie, de la névrose d'angoisse ou d'un mélange de ces diverses affections. De ces 100 malades, 78 ont été atteints par la maladie entre 20 et 40 ans c'est-à-dire dans la période génitale active. De l'analyse très minutieuse de tous ces cas et de leur rapprochement, Gattet conclut que la névrose d'angoisse, partout où elle se produit, reconnait pour cause un obstacle à la satisfaction des désirs sexuels, tandis que la neurasthésie pure peut se produire à la suite de la masturbation. L'abstinence devient la seule cause de la neurasthénie; inutile donc de créer diverses formes de neurasthénie, les causes invoquées (impaludisme, mal. infectieuses, etc.) n'agissant qu'en condamnant le malade à l'abstinence. La neurasthénie et la névrose d'angoisse reconnaissent pour cause un trouble nocif de la vie sexuelle de l'individu, même sans action adjuvante de l'hérédité; le rôle de l'hérédité ne vient donc comme cause qu'en seconde ligne.

XIV. — Tétanie gastrique. Examen microscopique de la moelle épinière, par W. Hunter. (*Glasgow Hospital Reports*, 1899)

XIV. — Homme de 41 ans. Le 24 septembre, vomissements, céphalalgie. Le 26, délire : il entre à l'hôpital le 28, où on le considère comme atteint d'empoisonnement. Symptômes de tétanie typique. Température monte progressivement de 100° à 106° Fahrenheit; le pouls de 84 à 158, la respiration de 20 à 60; traces d'albumine; mort le 1er octobre, avec une respiration à type Cheyne-Stokes. Autopsie. Cœur en dégénérescence graisseuse, emphysème pulmonaire. Néphrite interstitielle. Dilatation gastrique avec atrophie. Artério-sclérose de la moelle. Nombreuses cellules de la moelle en état de chromatolyse plus ou moins complète ; pigmentation jaune des cellules.

XV. — Analogies et différences entre le magnétisme et l'hypnotisme; par Berco. (Librairie du Magnétisme, Paris, 1900.)

XV. — Etudiant successivement les théories, les procédés, le sommeil provoqué, Berco conclut que, si le magnétisme et l'hypnotisme présentent des analogies, ils présentent des différences si nombreuses et si importantes qu'il est impossible de les confondre l'un avec l'autre.

XVI. — Crampe du pianiste, par Zabludowski. (XXIXe Congrès des chirurgiens allemands.)

XVI. — La crampe du pianiste est une névrose coordinatrice, analogue à celle du violoniste ou de l'écrivain. Peut-être s'ajoute-t-il à l'élément névrosique une névrite des nerfs du bras, dont le point de départ réside dans les muscles et les articulations traumatisés. On la voit surtout dans les classes d'enfants et d'adolescents des conservatoires. Elle tient à ce que les pianos sont faits pour les adultes, et non en rapport avec le développement de la main de l'enfant et de l'adolescent; il serait utile de créer un clavier pour jeunes enfants. Le traitement consistera au repos, massage, calmants, électrisation.

XVII. — Hémitonie apoplectique, par von Bechterew. (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde*, XV, 1899.)

XVII. — Chez un enfant de moins de 10 ans, survient avec ou sans prodrome une attaque apoplectique; quand les troubles parétiques ont disparu, apparaît plus ou moins brusquement une contracture tonique des membres atteints, qui s'étend peu à peu à toute la moitié du corps, y compris la face. Cette contracture tonique persiste au repos; en détournant l'attention, en pratiquant des effleurements légers des membres, elle s'atténue; elle s'exagère quand le malade parle ou exécute un mouvement volontaire ou quand on percute un muscle. Cette contracture entraîne des mouvements articulaires et des déplacements de segments des membres; mais ces mouvements involontaires, irréguliers et lents, n'ont rien de commun avec l'athétose. Cette contraction active saisit successivement les divers groupes musculaires, amenant les positions successives et parfois inverses des membres et est tout à fait différente de la contracture passive. Le sommeil ne la fait pas disparaître complètement. Les membres affectés peuvent être le siège d'une hypertrophie fonctionnelle, tandis que le squelette osseux des extrémités est parfois atrophié. L'excitabilité mécanique des muscles est exagérée, ainsi que la contractibilité faradique; par contre, la contractibilité galvanique est plutôt diminuée. Suivant l'état de tension des muscles, les réflexes sont exagérés ou diminués. Ces troubles toniques tiennent à une excitation pathologique du faisceau pyramidal, excitation produite par de petites hémorragies siégeant dans la région des ganglions centraux.

La Peste. — On annonce de Hong-Kong que la peste prend depuis quelque temps un développement inquiétant; des mesures prophylactiques énergiques sont prises par les autorités anglaises.

BIBLIOGRAPHIE

Physiologie des nerfs sensitifs de la peau; par le Pr Goldscheider (de Berlin).

Sous ce titre vient de paraître un excellent mémoire du professeur Goldscheider (de Berlin); le savant physiologiste a étudié avec un rare talent les caractères et les fonctions des nerfs sensitifs de la peau, et en particulier de ceux qui président à la sensibilité, à la température. Après avoir étudié ce qu'il appelle « les énergies spécifiques » de ces nerfs, il décrit l'action des différentes substances sur leur fonctionnement: tels que le menthol, la cocaïne. Vient ensuite une étude sur le temps de la réaction de ces nerfs avec sensations, sur la topographie du sens de la température, avec planches à l'appui. Cet ouvrage qui contient 450 pages, avec nombreuses figures, se recommande par la clarté des descriptions et par la facilité du style, choses importantes quand il s'agit d'un sujet aussi aride. X.

Traité d'Anatomie humaine; par Poirier et Charpy. (Maloine, éditeur.)

Le troisième fascicule du tome IV du *Traité d'anatomie*, de M. Poirier, ne pourra qu'augmenter le succès déjà obtenu par les premières parties de l'ouvrage. Ce fascicule traite des annexes du tube digestif. M. Poirier s'est réservé la description des glandes salivaires et nous croyons superflu de dire que là, comme partout, se retrouve la merveilleuse clarté du savant anatomiste. Le foie et le pancréas sont étudiés, au point de vue microscopique, par le sympathique professeur d'anatomie de Toulouse, M. Charpy, et la rate par M. Picau, qui a déjà consacré à ce sujet son excellente thèse de doctorat. M. Laguesse, l'histologiste bien connu, a décrit avec une science et une conscience admirables la structure histologique de ces différents organes. Enfin, le volume se termine par une lumineuse description de la séreuse abdominale. Nous ne craindrions pas de dire qu'il n'y a pas eu, pas plus en France qu'à l'étranger, d'étude aussi approfondie, aussi scientifique et aussi claire du péritoine que celle de M. Fredet dans le fascicule qui vient de paraître. X.

Traité de Chirurgie; par MM Le Dentu et Delbet. (Librairie Baillière et fils.)

Le tome IX du *Traité de chirurgie, clinique et opératoire* contient la fin de la pathologie de l'appareil urinaire, à savoir celle de la vessie et de l'urètre, et les affections des bourses. Il nous suffira de citer les auteurs des articles pour les recommander aux lecteurs. M. Legueu, dont tout le monde a pu voir déjà la compétence pour les voies urinaires, a fait une étude admirable des maladies de la vessie et d'une partie des maladies de l'urètre. M. Albarran, le distingué chirurgien de l'école de Guyon, a jeté une vive lumière sur les affections de la prostate qu'il avait, d'ailleurs, déjà étudiées dans les *Annales génito-urinaires* de l'année dernière. Enfin, les maladies des bourses sont remarquablement décrites par M. Sébileau, dont tout le monde a pu lire les articles si intéressants sur le développement des enveloppes du scrotum et sur les épanchements de la vaginale. X.

Traitement des anévrismes par les injections de gélatine; par F. de Castro y Latore. (*Revista de Medicina y Cirugia prat.*, n° 639.)

Les premiers essais publiés par l'auteur déjà analysés ici en 1899 ont montré sa confiance dans ce procédé avec les réserves faites sur la délicatesse du manuel opératoire; à la prudente retenue du début succède maintenant un éloge absolu. 120 cas ainsi traités ont fait sortir la question pour M. de Castro de la phase expérimentale et lui ont permis d'apporter à ce procédé d'utiles modifications. Parti de la pratique de MM. Lancereaux et Paulesco, il s'écarte maintenant un peu de leur manière de voir sur la physiologie des phénomènes provoqués par les injections. Le liquide d'après lui ne peut pas et ne doit pas fuser à travers la tunique interne dans l'intérieur du sac ou du vaisseau, ce qui n'aurait pas d'avantages sérieux et serait très dangereux (embolies). Le liquide doit être lentement et progressement diffusé par injection interstitielle dans les diverses couches du tissu artériel jusqu'à la tunique interne qui ne doit pas être franchie. La solution de Lancereaux est trop diluée; on peut varier le taux de concentration selon les cas, mais il y a avantage à employer généralement une solution à 3 gr. pour 40, de concentration de choix pour l'injection interstitielle. Les doses injectées sont de 25 centigrammes de liquide en une séance, puis graduellement deux à quatre centimètres cubes. Il est des cas cependant encore sombres, ceux d'anévrismes aortiques très vastes surtout lorsqu'ils atteignent la paroi thoracique. Dans de telles conditions il y a toujours eu immense soulagement, mais aussi mort subite au moment où la guérison semblait sur le point d'arriver; ces dénouements trois fois constatés par M. de Castro sont dus aux indurations locales produites par les injections qui ne peuvent atteindre assez vite la totalité du sac, d'où inégalité de résistance et rupture aux points restés faibles. Dans tous les autres cas, ce mode de traitement est excellent; il faut encore tendre à l'améliorer, mais le temps est loin où on pouvait le traiter de dangereux et d'empirique. F. Boissier.

Nouveau traitement de la pneumonie; par L. Serrate. (*Rev. de Med. y Cir.*, n° 648.)

Un mouvement général s'accentue actuellement parmi les médecins espagnols pour la réhabilitation de la saignée. (Rubio, Garcia Alonzo, Gonzales Castro.) Il s'agit précisément ici du traitement de la pneumonie par la saignée précoce et le créosotal, qui donne une belle statistique de guérisons. .

La médication ergotée; par le Dr Samuel Bernheim. (Paris, 1900, Maloine.)

Petit volume de deux cents pages, offrant un tout complet sur l'état actuel de la médication par l'ergot de seigle, l'ergotine et l'ergotinine. Division très simple en huit chapitres. D'abord quelques mots d'historique, puis l'étude chimique du produit naturel et des principes qu'on en a tirés, dont l'ergotinine, véritable alcaloïde, à caractères définis, découvert par Tanret. Le chapitre II traite de l'*action physiologique* sur la digestion, la circulation, le système nerveux, la respiration, la température, ainsi que sur l'absorption et l'élimination, sans omettre les effets locaux. Le chapitre III est le plus important (p. 52-135); aussi s'agit-il de l'*emploi thérapeutique* (métrorrhagie, fibromyomes, parésies et paralysies musculaires, maladies du cœur, anévrismes, goitre, dermatoses, fièvre typhoïde, névroses, sueur de phtisiques, etc.). Ensuite, il est question de la *pharmacologie*, de l'*intoxication du traitement* de l'ergotisme, et enfin de l'*ergot en médecine légale*.

Tous nos compliments à M. Samuel Bernheim pour la clarté et la méthode révélées par un petit ouvrage bien imprimé. Ajoutons que le sujet en valait la peine, et qu'il est heureux de voir des auteurs s'attacher à faire revivre d'anciennes médications toujours précieuses, mais qu'un certain snobisme médical tend de nos jours à dédaigner, à la faveur d'une foule de médicaments nouveaux, dont l'effet le plus positif est de contribuer à l'emballement commercial de l'empire d'Allemagne. Paul Cornet.

Blessures par projectiles de fusils de petit calibre; par Perez Noguera. In-8° de 70 p. (Madrid, Biblioteca de la *Medicina militar Española*.)

De nombreuses observations recueillies pendant la guerre de Cuba, l'auteur tire des conclusions qui confirment et complètent ce qu'on savait déjà de ce genre de blessures. Tendance rapide à la cicatrisation spontanée pour les blessures des parties molles y compris les viscères; pour que les effets explosifs se produisent, il faut que la balle vienne de plus de 3.000 mètres où de moins de 50 mètres de distance; entre les deux, le trajet de la lésion est toujours cylindrique, mince et rectiligne, même dans les os et articulations où les esquilles et les fissures sont rares dans ces conditions. Les fractures sont relativement rares et les incrustations de balles dans les os sont exceptionnelles, la marche est généralement bénigne et rapide; les grandes opérations sont rarement nécessaires; les complications septiques sont généralement très aisément évitées par une asepsie précoce; la chirurgie est presque toujours conservatrice, la résection étant la règle et l'amputation l'exception. F. B.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'infection tuberculeuse par le plasma musculaire.

MM. J. HÉRICOURT et C. RICHET. — Pour étudier le mécanisme de l'action thérapeutique de la viande crue dans la tuberculose, nous avons fait une série d'expériences, desquelles il résulte d'abord que si la viande cuite ne produit pas les mêmes effets que la viande crue, cela tient à ce que la cuisson détermine la coagulation de certains ferments albuminoïdes.

Mais le point important de nos recherches visait la partie active de la viande. Pour cela, nous avons séparé la pulpe d'avec le plasma musculaire et nous avons trouvé que ce dernier seul était véritablement actif. Ce sont donc les principes solubles dans l'eau qui représentent la partie active de la viande. Il ne s'agit pas ici d'un phénomène de suralimentation ni même d'alimentation, la quantité d'azote contenue dans le plasma étant très faible, mais d'une action immunisante, analogue à celle des produits animaux injectés dans les veines; c'est une véritable opothérapie musculaire que nous proposons de nommer « Zomothérapie ». (Compte rendu de la séance du 26 février 1900 à l'Académie des Sciences.)

Les récentes communications faites à l'Académie des Sciences et de Médecine et à la Société de Biologie, par MM. J. Héricourt et C. Richet, ont remis à l'ordre du jour le traitement de la tuberculose par la viande crue. D'après les travaux si remarquables de ces savants, la viande crue n'est pas seulement un aliment, mais elle a une action thérapeutique et c'est aux principes de la viande crue, solubles dans l'eau, qu'il faut attribuer son efficacité dans le traitement de la tuberculose.

Dès 1866, à l'Académie des Sciences, le Pr Fuster, de la Faculté de Montpellier, avait déclaré que par l'action simultanée de la viande crue et de l'alcool, la guérison de la tuberculose pouvait s'observer à la première période et que les malades porteurs de lésions plus avancées, bénéficiaient toujours d'une survie très appréciable. Ces résultats ont trouvé aujourd'hui leur justification scientifique dans les récents travaux précités. Lorsque, instruit de la difficulté de faire suivre le traitement du Dr Fuster à nombre de malades, chez qui la répugnance pour la viande crue est invincible, Ducro, pharmacien, composa en 1868, l'Elixir de goût agréable, auquel il donna son nom, il fit connaître qu'il l'obtenait à l'aide de macérés de viande crue hachée. Tout en tenant compte de la réserve faite par les auteurs; nous sommes donc bien fondés d'attribuer au mode de préparation du produit la raison scientifique de l'efficacité de l'Elixir Ducro, établie d'ailleurs par plus de trente ans de pratique médicale.

Qu'il nous soit permis de rappeler que l'Elixir Ducro rend de grands services, non seulement dans la tuberculose pulmonaire, mais aussi toutes les fois que l'alimentation se fait difficilement (dyspepsies, affections cancéreuses), où il y a de grandes déperditions de forces (anémie, cachexie, convalescences), dans les maladies infectieuses (pneumonies, grippe, influenza), et dans toutes les maladies consomptives. — 1 à 2 cuillerées au moment du repas. — Pour les personnes qui refusent toute nourriture, toutes les deux heures, soit pur, soit étendu d'un peu d'eau.

THÉRAPEUTIQUE

L'hélénine et ses applications thérapeutiques

L'hélénine, corps solide cristallisé en prismes quadrangulaires incolores, insoluble dans l'alcool chaud, l'éther, les essences, le kérosolène, donne des résultats thérapeutiques remarquables bien mis en lumière par le Dr de Korab dans diverses communications, notamment à la Société de Biologie et à l'Académie des Sciences. Elle calme la toux, tarit l'expectoration, facilite la respiration, est douée d'un véritable pouvoir bactéricide. Elle a, en outre, une action préventive et curative sur l'hémoptysie, excite l'appétit, facilite la digestion. C'est, en somme, le médicament de choix des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire. On la prescrit sous la forme de *globules d'hélénine du Dr de Korab*, à la dose de 3 à 6 par jour.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.



Le Pr LAVERAN,
Membre de l'Académie des Sciences.

M. A. LAVERAN, qui vient d'être élu à l'Académie des Sciences où il occupe le siège du Pr Potain, est né le 18 juin 1845. Il commença ses études médicales à la Faculté de Strasbourg et fut interne à l'hôpital civil de Strasbourg en 1866-1867. Entré dans le corps de santé militaire, M. Laveran devint docteur en médecine en 1867 avec une thèse intitulée : *Recherches expérimentales sur la régénération des nerfs*. L'auteur y exposait des aperçus intéressants pour l'époque sur les centres trophiques des nerfs et y consignait le résultat d'expériences personnelles sur des lapins et des pigeons.

Agrégé du Val-de-Grâce en 1874, M. Laveran, après avoir terminé sa période d'enseignement, fut envoyé en Algérie où il séjourna de 1878 à 1883 et où il se consacra exclusivement à l'étude de l'impaludisme ; cette étude devait l'illustrer et lui ouvrir les portes de l'Institut de France.

Nommé professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce en 1884, il y occupa brillamment la chaire d'hygiène militaire et de clinique médicale jusqu'en 1894. Il avait été élu membre de l'Académie de médecine en 1893, membre correspondant de l'Académie des sciences en 1895. La Société médicale des hôpitaux de Paris, la Société de Biologie, la Société de médecine publique, s'honorent de le compter parmi leurs membres. Il est en outre membre honoraire de l'Académie impériale militaire de Médecine de Saint-Petersbourg et de la Société médicale et chirurgicale de Londres. Ses travaux sur l'impaludisme lui valurent en 1889 le prix Bréant de l'Institut et la médaille d'or de Cothénius que décerne l'Académie des Naturalistes de Halle.

Médecin-principal de l'armée, officier de la Légion d'honneur, le Pr Laveran jouissait dans le corps de santé militaire de la haute autorité à laquelle il avait tous les droits ; il préféra l'abandonner en 1897 et prendre sa retraite, pour se consacrer uniquement aux études bactériologiques qu'il poursuit actuellement à l'Institut Pasteur où il est chef de service honoraire.

L'œuvre scientifique la plus importante de M. A. Laveran est la découverte du parasite de l'impaludisme. Il était chargé d'un service, en 1878, à l'hôpital de Bone, quand son attention fut attirée par la mélanémie des paludiques. Il examina avec soin les granulations de pigments noirs qui abondent dans le foie et les vaisseaux du cerveau et nota dans le sang, à côté des

leucocytes mélanifères, des corps sphériques à mouvements amiboïdes et des croissants pigmentés qu'il supposa, dès cette époque, être des parasites. En 1880, à Constantine, il reconnut les flagelles de ces corps pigmentés et la découverte constante de ces parasites dans le sang des paludéens au moment des accès et en dehors de l'action de la quinine, rendit plus solide sa conviction que c'était bien là les microbes de l'impaludisme.

Il renversait les travaux de Kelsch et de Tommasi Crudeli qui, dès 1879, attribuaient l'impaludisme à une bactérie. En 1882, un voyage d'études en Italie lui permit de ne plus douter ; les palustres de la campagne romaine avaient dans leur sang le même hématozoaire que ceux d'Algérie. De nombreux savants confirmaient sa découverte et l'Institut, en 1889, sur un rapport du Pr Bouchard, son collègue à l'Académie des Sciences aujourd'hui, lui décernait le prix Bréant. En même temps, pour mieux connaître l'histoire naturelle de l'hématozoaire, Laveran étudiait les autres protozoaires analogues et parmi eux les coccidies. Dès 1894, au Congrès d'hygiène de Buda-Pest, il soutenait scientifiquement la probabilité du rôle de transmission des parasites par les moustiques. En 1883, l'Américain King avait déjà émis cette hypothèse sur le rôle des moustiques dans la propagation de l'impaludisme, mais King n'établissait son idée sur aucune base solide, car il ignorait l'existence de l'hématozoaire, car Laveran n'avait pas encore publié sa découverte. Peu après, Mauson, Ross, Koch et des observateurs italiens établirent d'une façon indiscutable la propagation de l'impaludisme par les moustiques du genre Anopheles, en reconnaissant que Laveran avait suscité leurs recherches. Outre ses travaux sur l'impaludisme qui le mettent au premier rang des savants de notre époque et dont les conséquences en feront un bienfaiteur de l'humanité, M. A. Laveran fit de nombreux travaux sur les hématozoaires endoglobulaires chez les animaux, sur les sporozoaires et les trypanosomes; il publia des mémoires sur la fièvre typhoïde abortive (1870), la tuberculose aiguë (1873), écrivit en 1875 un *Traité des maladies et épidémies des armées*, collabora aux *Nouveaux éléments de pathologie médicale* avec le Pr Teissier (de Lyon), qui jouissent parmi les étudiants d'une popularité méritée, comme le démontre le nombre de leurs éditions successives.

On doit encore à Laveran l'article *Oreillons* du Dictionnaire de Dechambre, l'article *Maladies épidémiques* du *Traité de pathologie générale* du Pr Bouchard (1896).

Hygiéniste de premier ordre comme médecin militaire, il écrivit en 1896 un *Traité d'hygiène militaire* où il a condensé son enseignement de dix ans au Val-de-Grâce.

Nous ne saurions nous étendre davantage sur les travaux du Pr Laveran, nous ne pouvons signaler ici que les plus importants, mais nous rappellerons qu'il a été jusque dans ces dernières années un des collaborateurs les plus distingués et les plus fidèles du *Progrès Médical*. — Cette courte énumération suffit largement à légitimer son élection à l'Académie des Sciences; car il est un des rares médecins de notre époque dont le nom ne sera pas oublié.

J. NOIR.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS. — Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale sous la direction de MM. BERGER, professeur, et HARTMANN, agrégé. — *Opérations gynécologiques.* — M. CUNÉO commencera ce cours à l'École pratique le lundi 10 juin, à 1 heure 1/2, et le continuera tous les jours à la même heure. — *Programme sommaire du cours.* — I. Dilatation de l'utérus. Instillations intra-utérines. Curettage. Amputation du col. — II. Principes généraux des opérations plastiques. Colporraphie antérieure colpopérinéorraphie. — III. Opérations plastiques sur le col. Ligature vaginale de l'utérine. Colpotomie postérieure. — IV. Colpotomie antérieure, ses applications. Traitement des déchirures du périnée. — V. Ablation des fibromes intra-utérins. Hystérotomie et hystérectomie vaginales. — VI. Dilatation de l'urèthre. Taille vaginale. Traitement des fistules vésico et recto-vaginales. — VII. Raccourcissement des ligaments ronds. Hystéropexie abdominale. — VIII. Principes généraux des opérations abdominales. Ablation unilatérale des annexes. Ligature de l'utérine par l'abdomen. — IX. Castration abdominale totale pour les annexites suppurées. — X. Hystérectomie abdominale pour fibromes et pour cancer.

VARIA

La loi de protection de la santé publique au Sénat.

Le 18 mars 1901, M. Cornil a présenté, au nom de la commission, une nouvelle rédaction du projet de loi qui a pour but de protéger la santé publique. C'est ce nouveau texte qui est actuellement l'objet de la deuxième délibération du Sénat, Les cinq premiers articles, relatifs aux mesures sanitaires générales, ayant été précédemment adoptés, la discussion s'ouvre sur l'article 6, par lequel la vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année. Cet article est adopté, ainsi que le suivant (désinfection obligatoire pour tous les cas de maladies prévues à l'article 4).

M. Charles Prevet demande si le monopole concédé aux municipalités fera disparaître ou laissera libre l'industrie de la désinfection. M. Brouardel, commissaire du gouvernement, répond que cette industrie doit être libre, sauf approbation par l'autorité publique des procédés de désinfection employés. Sont successivement votés sans discussion : l'article 8 (mesures contre les épidémies) ; l'article 9 (enquête du conseil départemental d'hygiène lorsque les décès, dans une commune, dépassent pendant trois années consécutives la mortalité moyenne de la France) ; l'article 10 (captage des sources). On aborde avec l'article 11 (autorisation de construire) le chapitre II, qui prescrit les mesures sanitaires relatives aux immeubles.

Sur l'article 12 (habitations insalubres), M. de Carné appelle l'attention sur la situation que la loi semble faire à certains malheureux, notamment aux chiffonniers de la banlieue, qui habitent de misérables réduits, de pauvres campements qu'ils se construisent dans les terrains vagues et généralement sur la propriété d'autrui. Avec le nouveau régime, un maire peu tolérant pourra, du jour au lendemain, les expulser, faire disparaître leurs installations, et, par conséquent, les mettre à la belle étoile. M. Brouardel, commissaire du gouvernement, rassure M. de Carné. La situation qu'il signale a souvent appelé la sollicitude de l'administration. On peut être assuré qu'elle usera en pareil cas de toute la mansuétude compatible avec les exigences supérieures de la santé générale. Les articles 11 à 18 sont ensuite adoptés.

L'article 19 est l'objet d'une longue discussion ; il a trait au service du contrôle et de l'inspection. M. Viseur dépose un amendement ainsi conçu : « Pour assurer l'exécution de la loi, il sera nommé, dans chaque département, en raison de sa population et de son étendue, un ou plusieurs inspecteurs de la santé publique exclusivement affectés à ces fonctions et devant être rétribués sur les fonds départementaux. »

Après la réponse du rapporteur, qui rappelle que l'amendement de M. Viseur, qui a pour but de créer de nouveaux fonctionnaires, a été rejeté par le Sénat à la première lecture le paragraphe premier de l'article 19 est adopté. Le paragraphe 2 (bureau d'hygiène) amène à la tribune M. Waldeck-Rousseau. Le président du conseil explique que ce paragraphe a pour effet de régler la question de savoir si le conseil d'hygiène chargé de l'exécution de la loi doit dépendre de la préfecture de police ou de la préfecture de la Seine. La présente loi est une loi de police. Pour l'appliquer, surtout au début, il faudra vaincre des résistances contre lesquelles la préfecture de police est mieux armée. Il faudra des éléments d'information que la préfecture de police possède et qui font défaut à la préfecture de la Seine. Qu'il s'agisse de mesures de désinfection, d'évacuation de locaux insalubres, d'isolement d'un bâtiment suspect, la préfecture de la Seine sera toujours obligée de requérir le concours de la préfecture de police. Ce concours, sans doute, sera toujours donné avec empressement ; mais à quoi bon cette complication inutile ? Ne vaut-il pas mieux laisser à la préfecture de police les attributions qu'elle possède déjà et lui conférer les attributions nouvelles que lui crée la loi ? Il demande donc que l'article 19 soit modifié dans le sens qu'il vient d'indiquer Le paragraphe 2 est réservé après avoir entendu M.

Paul Strauss, qui est en complète contradiction avec le ministre de l'intérieur.

L'article 20 est encore voté, moins le dixième paragraphe (composition des conseils d'hygiène) qu'on réserve pour la prochaine séance.

(*Le Matin* du 21 mars.) G. de LILLIERS.

Hôpitaux : Prix Fillioux.

Avis aux Internes et Externes en Médecine des hôpitaux de Paris.

En conformité d'un legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le Dr Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix, d'égale valeur, à décerner l'un à l'Interne, l'autre à l'Externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Pour l'année 1901, le concours sera ouvert le jeudi 5 décembre, en vue de l'attribution de deux prix de 750 francs chacun. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, bureau du service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 15 octobre, dernier délai. Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Conditions du concours. — I. Programme du concours : 1° Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique. 2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : pour le mémoire, 30 points; pour l'épreuve clinique, 20 points.

II. Jury du concours : Le jury du concours est composé de cinq membres, tirés au sort, savoir : trois parmi les chefs de services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants; un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires.

Hôpitaux et hospices de Paris.

Consultations externes.

I. — CONSULTATIONS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE GÉNÉRALES. (Tous les jours, dimanches et fêtes compris) dans les établissements ci-après ; entrée du public, de 8 heures à 9 heures du matin. — 1° ADULTES. *Hôtel-Dieu*, médecine, Dr Jules Renault, chirurgie, Dr Marion. — *Pitié*, médecine, Dr Gouget ; chirurgie, Dr Thiéry. — *Charité*, médecine, Dr Legry ; chirurgie, Dr Launay. — *Saint-Antoine*, médecine, Dr Macaigne, chirurgie, Dr Guillemain. — *Necker*, médecine, Dr Aviragnet ; chirurgie, Dr P. Riche. — *Cochin*, médecine, Dr Lesage ; chirurgie, Dr Rieffel. — *Beaujon*, médecine, Dr Bruhl ; chirurgie, Dr Lyot. — *Lariboisière* médecine, Dr Triboulet ; chirurgie, Dr Beurnier. — *Tenon*, médecine, Dr Lamy ; chirurgie, Dr N... (Dr Longuet, assistant de consultation, suppléant.) — *Laennec*, médecine, Dr Dupré ; chirurgie Dr Bouglé. — *Bichat*, médecine. Dr Soupault ; chirurgie, Dr Chevalier. — *Andral*, médecine seulement, Dr N... (Dr A. Riche assistant de consultation, suppléant.) — *Broussais*, médecine, Dr Caussade ; chirurgie, Dr Auvray. — *Boucicaut*, médecine, Dr F. Bezançon ; chirurgie, Dr Demoulin. — *Saint-Louis*, chirurgie seulement, Dr Legueu. — *Salpetrière*, chirurgie seulement, Dr Mayet, assistant de consultation, suppléant. — (La consultation n'a lieu que les lundi, jeudi et dimanche.)

2° ENFANTS. — *Enfants-Malades*, médecine, lundi, 9 heures, Pr Grancher. Mardi, 9 h., Dr Comby. Mercredi 9 h. Dr Richardière. Jeudi, 9 heures, Dr Variot. Vendredi. 10 heures, Dr Moizard. Samedi, 9 heures, Dr Marfan. Dimanche. 9 heures. A tour de role par les six médecins. Chirurgie, lundi, mardi, jeudi, samedi, 10 heures, Dr Lannelongue. Mercredi, vendredi, 9 heures, Dr Brun. Dimanche. 9 h., à tour de role par les deux chirurgiens. — *Bretonneau*. Médecine lundi, mercredi. vendredi, 9 heures, Dr Sevestre. Mardi, jeudi, samedi, 9 heures, Dr Josias. Dimanche, 9 heures, à tour de role par deux médecins. Chirurgie, tous les jours, 9 heures. Dr Felizet. — *Trousseau*. médecine, lundi, mercredi vendredi, 9 heures, Dr Netter. Mardi, jeudi, samedi, 9 heures, Dr Louis Guinon. Dimanche, 9 heures, à tour de rôle par les deux médecins. Chirurgie, tous les jours, 9 heures, Pr Kirmisson. — *Hérold*. médecine, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, Dr H. Barbier. Mardi, jeudi. samedi, 9 heures. Dr Jeanselme. Dimanche, 9 heures, à tour de role par les deux médecins. Chirurgie, tous les jours, 9 heures, Dr Albarran. — *Enfants-Assistés*, médecine, lundi, mercredi, vendredi, 10 heures, Dr Hutinel. Chirurgie, mardi, jeudi, samedi, 10 heures, Dr Jalaguier. — *Tenon*, chirurgie, tous les jours, 9 heures, Dr Broca.

II. — CONSULTATIONS POUR MALADIES SPÉCIALES. — *Femmes enceintes.* — Hôtel-Dieu. Tous les jours, 9 heures, Dr Champetier de Ribes. — Pitié. Tous les jours, 9 heures, Dr Lepage. — Charité. Tous les jours, 9 heures, Dr Maygrier. — Saint-Antoine. Tous les jours, 9 heures, Dr Bar. — Beaujon. Tous les jours, 9 heures, Dr Ribemont-Dessaignes. — Lariboisière. Tous les jours, 9 heures, Dr Bonnaire. — Tenon. Tous les jours, 9 heures, Dr Boissard. — Boucicaut. Tous les jours. 9 heures, Dr Doléris. — Maternité. Tous les jours, 9 heures, Dr Porak. — Baudelocque. Tous les jours, 9 heures, Pr Pinard. — Tarnier. Tous les jours, 9 heures, Pr Budin.

Gynécologie (maladies des femmes). — Saint-Antoine. Mardi, vendredi, 9 heures, Dr Siredey. Mercredi, 9 heures, Dr Monod. Samedi, 9 heures, Dr Blum — Necker. Lundi, vendredi, 9 heures, Pr Le Dentu. Mercredi, samedi, 9 heures, Dr Routier. — Cochin. Lundi, mercredi, vendredi, 8 h 1/2, Dr Bouilly. — Lariboisière. Jeudi, 10 heures, Dr Landrieux. Mardi, samedi, 9 heures, Dr Bonnaire. — Bichat. Lundi, vendredi, 9 heures, Dr Picqué. — Saint-Louis, Dimanche, 9 heures, Dr Richelot. — Broca. Tous les jours, 9 heures, Pr Pozzi. — Maternité. Mardi, samedi, 10 heures,

Maladies cutanées et syphilitiques. — Saint-Louis. Lundi matin, 9 heures, Dr Hallopeau. Lundi soir, 2 heures, Pr Fournier. Mardi matin, 9 heures, Dr Tenneson. Mardi soir, 1 heure, Dr Danlos. Mercredi matin, 9 h. 1/2, Dr du Castel. Mercredi soir, 1 h. 1/2, Dr Tenneson Jeudi matin, 9 h. 1/2, Dr Balzer. Jeudi soir, 1 heure, Dr Hallopeau. Vendredi matin, 9 h. 1/2, Dr Danlos. Vendredi soir, 1 heure, D. Balzer. Samedi matin, 9 h. 1/2, Pr Fournier. Samedi soir, 1 heure, Dr du Castel. Dimanche matin, 9 h., à tour de role par les six médecins. — Ricord. Mardi et vendredi, 10 heures, Dr Alex. Renault. Mercredi et samedi, 10 heures, Dr Queyrat. Lundi et jeudi, 10 heures, Dr Humbert. Dimanche 10 h., à tour de role. — Broca. Mardi, jeudi, samedi, Dr Charrin. — Baudelocque, Mardi, 9 heures, Pr Pinard., 10 heures, Dr de Beurmann. Lundi, mercredi, vendredi, 8 heures, Dr Brocq. — Pitié. Mercredi, samedi, 9 h. 1/2, Dr Thibierge. — Saint-Antoine. Lundi, mercredi, samedi, 9 h. 1/2 Dr Gaucher. — La Rochefoucauld. Lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, Dr Darier.

Maladies des yeux. — Hotel-Dieu. Tous les jours, 9 heures, Pr Panas. — Lariboisière. Tous les jours, 9 heures, Dr Delens. — Bichat. Lundi, 9 heures, Dr Picque.

Maladies des voies urinaires. — Necker. Mardi, jeudi, samedi, 8 h. 1/2, Pr Guyon. — Beaujon. Lundi jeudi, samedi, 9 heures, Dr Bazy, — Lariboisière. Tous les jours, 9 heures. Dr Hartmann. — Bichat. Mercredi, 9 heures, Dr Picqué.

Maladies mentales et nerveuses. — Salpêtrière. Lundi, 8 heures. Dr Charpentier. Mardi. 8 h. 1/2, Pr Raymond. Mercredi, Dr Déjerine, Vendredi, 10 heures, Dr Deny. Samedi, 10 heures, Dr J. Voisin. Dimanche, 8 heures. Dr Charpentier. — Hotel-Dieu. Mercredi, 9 heures, Dr Brissaud. — Pitié. Mercredi, 10 heures, Dr Babinski. — Saint-Antoine. Mardi, 10 heures, Dr Ballet. — Saint-Antoine. Mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, Dr Gilles de la Tourette. — Necker. Jeudi, 10 heures, Dr Cuffer.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Saint-Antoine. Mardi, jeudi, samedi, dimanche, 8 h. 1/2, Dr Lermoyez. — Lariboisière. Lundi, mardi, vendredi, samedi, 9 heures, Dr Gouguenheim. — Hotel-Dieu. Mardi, vendredi, 4 heures, Pr Duplay. — Bichat. Mercredi, 8 h. 1/2, Dr Picqué. — Tenon (pour enfants seulement). Mardi, 9 h. 1/2, Dr Broca.

Goitres. — Lariboisière. Mercredi. 10 heures, Dr Duguet.

Maladies des voies respiratoires. — Necker. Mercredi 9 h. 1/2, Dr Barth.

Maladies du cœur. — Hotel-Dieu. Jeudi, 10 heures, Dr Musehler. — Necker. Vendredi, 9 h. 1/2, Dr Huchard.

Maladies du thorax et de l'abdomen. — Beaujon. Jeudi, 10 h. 1/2, Pr Debove.

Maladies de l'estomac, du tube digestif et de la nutrition. — Pitié. Samedi 9 heures, Dr Robin. — Necker. Lundi, 9 heures, Dr Rendu. — Andral. Mercredi, 8 heures, Dr Mathieu.

Maladies des dents. — Hotel-Dieu. Lundi, vendredi, 9 heures, Dr Pietkiewicz. — Pitié. Mardi, vendredi, 9 heures, Dr Ferrier. — Charité. Mardi, Samedi 9 heures, Dr Cruet. — Saint-Antoine. Mardi, vendredi, 10 heures, Dr Gaillard. — Necker. Lundi, vendredi, 9 heures, Dr Brochard. — Beaujon. Mardi, samedi, 9 h. 1/2,

Dr Aguilhon de Sarran. — Lariboisière. Lundi, vendredi, 10 heures, Dr Rodier. — Tenon. Mardi, jeudi, 9 heures, Dr Richer. — Saint-Louis. Mardi, Samedi, 9 heures, Dr Combe. — Enfants-Malades (pour enfants seulement). Lundi, vendredi, 9 heures, Dr Galippe. — Bretonneau (pour enfants seulement). Lundi, vendredi, 10 h. 1/2. Dr Queudot. — Trousseau (pour enfants seulement). Mardi, vendredi, 10 heures, Dr Jarre. — Hérold (pour enfants seulement). Lundi, vendredi, 9 heures, Dr Moiroud. — Enfants-Assistés (pour enfants seulement). Lundi, vendredi, 9 h. 1/2, Dr Thomas.

Orthopédie. — Hotel-Dieu. Mercredi, 11 heures, Dr Kirmisson.

Bandages. — Hôtel-Dieu. Mardi, samedi, 11 heures, Dr Beurnier.

Un concours d'agrégation interrompu.

Le concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle, qui était ouvert, à la Faculté de médecine de Paris, depuis le lundi 13 mai, vient d'être interrompu, par ordre du président du jury, à la suite d'un accident assez grave dont a été victime l'un des examinateurs, M. Morat, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lyon.

M. Morat, mercredi, vers dix heures du soir, se trouvait avec un de ses amis sur le boulevard Saint-Germain, à quelques pas de l'Ecole de médecine. Un fiacre, qui arrivait à une vive allure, rasa le trottoir; l'un des timons atteignit en pleine poitrine le professeur qui fut renversé et jeté contre les roues d'un omnibus qui passait dans le même instant. Lorsque M. Morat fut relevé par des passants accourus, il était couvert de sang. Il avait reçu en outre de nombreuses contusions sur le corps et à la tête. On le transporta immédiatement à l'Hôtel-Dieu, où il fut pansé. Son état est aujourd'hui satisfaisant. On espère que M. Morat pourra se relever dans quelques jours.

Il n'y aura pas lieu de recommencer les épreuves déjà faites du concours d'agrégation. Ce concours reprendra le mercredi 29 mai, à deux heures et demie. M. Morat, pendant le temps qu'il restera encore indisponible, sera suppléé par les autres examinateurs. (*Le Temps* du 26 mai 1901).

L'état sanitaire à Madagascar.

Le courrier de Madagascar, que vient d'apporter *le Melbourne*, donne sur l'état sanitaire de Madagascar les renseignements suivants que publient les journaux politiques :

La variole sévit à Diégo-Suarez avec intensité. Au départ du *Melbourne*, le bruit courait que de nombreux cas mortels avaient été constatés à Antsirane. La maladie aurait revêtu sa forme la plus dangereuse. En raison de cet état sanitaire, le dernier bateau des Messageries Maritimes a refusé de communiquer avec Diégo-Suarez, afin d'éviter les formalités de quarantaine. — De Maurice, on annonce la disparition de la peste depuis le commencement d'avril. Les deux derniers cas avaient été observés à plusieurs kilomètres de Port-Louis dans les derniers jours du mois dernier. Depuis cette époque, dans les districts comme dans la capitale, on n'a enregistré aucun nouveau cas du terrible fléau. — L'état sanitaire de Tananarive était dans ces temps derniers très peu satisfaisant. Il y a régné une véritable épidémie de dysenterie qui a fait plusieurs victimes. La rougeole a sévi en même temps et, comme tous les ans, en cette saison, quelques cas de variole ont été constatés.

Congrès britannique de la tuberculose

(22 au 26 *juillet* 1901.)

L'Agence des Voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris, dans le but de faciliter aux congressistes français leur voyage et séjour à Londres et de leur permettre de visiter facultativement l'Ecosse, à la suite du Congrès, a organisé les services suivants : *a*) Transport, aller et retour, de Paris à Londres, avec séjour dans un hôtel de premier ordre (quartier de Westminster), du 21 au 26 juillet inclus : chambre et trois repas, sans la boisson. *Viâ* Dieppe : 1re classe : 150 francs; 2e classe : 130 francs. *Via* Calais : 1re classe : 195 francs, 2e classe : 165 fr. *b*) Transport de Paris à Paris, avec séjour à Londres, du 21 au 26 juillet inclus, comme ci-dessus, et excursion en Ecosse, selon le programme de l'Agence. *Viâ* Dieppe ou *viâ* Calais : 1re classe : 800 francs. *c*) Transport de Paris à Paris et excursion en Ecosse, sans le séjour à Londres. *Via* Dieppe ou *via* Calais : 1re classe : 725 francs. L'Agence remboursera les repas non pris à l'hôtel de Londres, à raison de 1 fr. 25 le petit déjeuner, 2 fr. 70 le déjeuner à la fourchette et 3 fr. 60 le diner.

Pour tous renseignements et programmes détaillés de l'excursion en Ecosse, s'adresser à l'Agence. Les souscriptions seront closes le 15 juillet 1901.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 3. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) N. R. : MM. Hayem, Gley, André. — (2e *série*). N. R. : MM. Brissaud, Gaucher, Desgrez. — 5e *de Doctorat*. Chirurgie. (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Reclus, Jalaguier, Mauclaire. — (2e *série*) : MM. Delens, Tuffier, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Tessier, Méry.

MARDI 4. — 4e *de Doctorat* A. R. (1re *série*) : MM. Proust, Hutinel, Thoinot. — (2e *série*) : MM. Raymond, Ménétrier, Chassevant. — (3e *série*) : MM. Chantemesse, Gilbert, Roger. — (4e *série*) : MM. Troisier, Langlois, Broca (André). — 5e *de Doctorat*. (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Pozzi, Campenon. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Debove, Charrin. — (2e *série*) : MM. Cornil, Joffroy, Dupré. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Maygrier, Bonnaire, Wallich.

MERCREDI 5. — 4e *de Doctorat* N. R. (1re *série*) : MM. Hayem, Hanriot, Wurtz. — (2e *série*) : MM. Pouchet, Brissaud, Méry. — 5e *de Doctorat*. Chirurgie. (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Legueu, Delens, Lejars. — (2e *série*) : MM. Reclus, Reynier, Delbet. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

JEUDI 6. — 4e *de Doctorat* (1re *série*). A. R. : MM. Raymond, Hanriot, Langlois. — (2e *série*). A. R. : MM. Hutinel, Wurtz, Broca (André). — (3e *série*). A. R. : MM. Joffroy, André, Vaquez. — N. R. : MM. Chantemesse, Gley, Teissier.

VENDREDI 7. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) A. R. : MM. Grancher, Wurtz, André. — (2e *série*) A. R. : MM. Gley, Gaucher, Thoinot. — 5e *de Doctorat*. Chirurgie. (1re *partie*). (1re *série*). : MM. Segond, Lejars, Walther. — (2e *série*) : MM. Legueu, Jalaguier, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Widal, Méry. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 8. — 4e *de Doctorat*. A. R. (1re *série*) : MM. Pouchet, Vaquez, Dupré. — (2e *série*) : MM. Gilbert, Thoinot, Chassevant. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) : MM. Pozzi, Richelot, Brun. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Raymond, Hallopeau, Thiroloix. — (2e *série*) : MM. Debove, Marfan, Widal. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Maygrier, Bar, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 5 JUIN. — M. Hardouin. De la composition de l'urine dans la dermatite polymorphe douloureuse. — M. Dauzats. Recherches sur la contagiosité de la pelade. — M. Bourouillec. Contribution à l'étude de l'ozène et de son traitement. — M. Tillé. Traitement opothérapique dans la maladie de Basedow. — M. Cotte. Notes biologiques sur les subérites domuncula (spongiaires). — M. Boileau. Traitement mécanique de la scoliose des adolescents.

JEUDI 6. — M. Tarnaud. Etude sur les calculs de la prostate. — M. Vaillant. De la hernie inguino-superficielle. — M. Frison. De la nécrose de l'os intermaxillaire. — M. Croisier. De l'intervention chirurgicale dans l'ostéosarcome de l'os iliaque. — M. de Frumerie. Massage direct du foie et des voies biliaires. — M. Salignat. Le massage thérapeutique de l'abdomen (sa technique et ses indications). — M. E. Dodet. Des hémorragies dans l'urémie. — M. Daguzan. Bronchite chronique simple chez les enfants. — M. Potiez. Contribution au traitement des anévrismes de l'aorte par les injections sous-cutanées de gélatine. — M. Trouvé. Du rôle du terrain dans l'urémie nerveuse. — M. Piton. Traitement local de la glossite tertiaire par le sublimé. — M. Attiment. Considération sur le cancer secondaire de l'ombilic. Cas de néoplasie ombilicale consécutive au cancer du rectum.

Enseignement médical libre.

Cours d'allaitement (Polyclinique H. de Rothschild, 82, rue de Picpus (XIIe arrondissement.) — Le Dr Henri de ROTHSCHILD a commencé le vendredi 31 mai 1901, à 4 heures de l'après-midi, à la polyclinique de Rothschild, un cours d'hygiène et de pathologie de l'allaitement, qu'il continuera les lundi et vendredi, à la même heure. Ce cours comportera huit leçons qui auront lieu dans l'ordre suivant : I. Allaitement au sein par la mère ou par la nourrice. Hygiène de la femme qui allaite. Réglementation des tetées : Nombre. Durée. — II. Allaitement mixte et allaitement artificiel. Causes qui empêchent l'allaitement au sein. Le biberon et ses dangers. — III. Le lait stérilisé. Sterilisation du lait. Lait maternisé, lait peptonisé, kéfir, koumys. — IV. Alimentation des enfants débiles. (Téterelle, gavage, couveuses, laits modifiés). — V. Soins à donner aux nourrissons. Vêtements, bains, soins de

propreté, vaccination, sevrage. — VI. Accidents de l'allaitement. Troubles digestifs, gastro-entérite aiguë et chronique, thérapeutique gastro-intestinale, muguet, bronchites, broncho-pneumonies, hygiène des yeux, du nez, du larynx, affections de la peau, érythèmes, furonculose, etc., prophylaxie des maladies contagieuses, convulsions. — VII. Traitement de la syphilis héréditaire, mère et enfant. — VIII. Assistance publique et privée, crèches, pouponnières, dispensaires, consultations de nourrissons. — Ce cours, absolument gratuit, comportera des démonstrations pratiques gratuites : analyse pratique du lait ; recherche des falsifications (mouillage, écrémage, addition d'antiseptiques, etc.), sous la direction du Dr Netter, chef de laboratoire. — Le nombre des places étant limité, MM. les Etudiants qui désireront suivre ce cours sont priés de se faire inscrire à la Direction de la Polyclinique, 82, rue de Picpus, jusqu'au 29 mai.

Enseignement de la médecine légale psychiatrique. — M. le Dr Paul GARNIER, le mercredi et le vendredi, de 1 h. 1|2 à 3 heures, quai de l'Horloge, 3.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr DESNOS, le vendredi à 4 heures, à sa clinique, 15, rue Malebranche.

NÉCROLOGIE

Le Dr André BEAULAVON

Bien qu'il soit mort très jeune — à 32 ans — et bien que la maladie soit venue, dans les dernières années, cruellement entraver son effort, le Dr André BEAULAVON mérite, par son œuvre, plus que la banale mention nécrologique ordinaire. Il fut, en hygiène sociale et dans la lutte contre la tuberculose, un précurseur. Sa thèse de 1896 sur les sanatoriums eut toute la puissance d'un livre vécu. Elle avait été écrite après un séjour de sept mois comme malade à Falkenstein. Elle était à la fois un document technique précieux, toujours consulté depuis, et un plaidoyer très éloquent par sa simplicité voulue et par sa tranquille conviction. Après elle, Beaulavon continua dans une série d'articles et de conférences, son infatigable propagande. Cette dure campagne, où il fallut secouer tant d'indifférence, vaincre même tant d'hostilités préconçues, épuisa malheureusement ses forces. La tuberculose, qui semblait définitivement enrayée chez lui, reparût, plus opiniâtre. Les conseils de ses maîtres, les soins fraternels du Dr Crouzet (du Trespoey) ne purent, cette fois, en triompher ; jusqu'à la fin, d'ailleurs, Beaulavon dépensa son énergie sans ménagements. Les critiques, dont le traitement de la tuberculose populaire par les sanatoriums sont actuellement l'objet, l'émurent sans entamer sa conviction. Il ne vit là — très sagement — qu'un de ces temps d'arrêt et de réaction inévitables dans tout grand effort nouveau. Et ses amis garderont longtemps dans l'oreille l'écho de cette pauvre voix rongée par la phtisie laryngée, qui retrouvait quelque force et qui se faisait si persuasive pour plaider la cause des sanatoriums.

Beaulavon est mort sans avoir vu le plein triomphe de la tentative pour laquelle il donna toutes ses forces et toute sa vie. Ceux qui doivent poursuivre sans lui la tâche commencée par lui regretteront longtemps ce cher et vaillant compagnon de bataille. Mais, comme son œuvre, son nom, qui fut celui d'un ouvrier de la première heure, survivra.

Dr A.-F. PLICQUE.

FORMULES

XXXIV. — Contre l'érysipèle.

[illegible]	30 grammes.
Créosote	15 —
Lanoline. }	āā 30 —
Vaseline. }	

[illegible] (M[illegible]).

XXXV. — Contre l'impetigo

[illegible] :

[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
Camphre	10 —
Safran	4 —
[illegible]	[illegible]

1 [illegible] (Saboura[illegible]).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 12 mai au samedi 18 mai 1901, les naissances ont été au nombre de 1.023 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 402, illégitimes, 124. Total, 526. — *Sexe féminin* : légitimes, 355, illégitimes, 142. Total, 497.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 12 mai au samedi 18 mai 1901, les décès ont été au nombre de 1005, savoir : 569 hommes et 436 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 2, F. 2, T. 4. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 7, F. 8, T. 15 — Rougeole : M. 6, F. 11, T. 17. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 5, F. 9, T. 14. — Diphtérie et Croup : M. 14, F. 12, T. 26. — Grippe : M. 3, F. 3, T. 6. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 0, F. 0, T. 0, — Autres maladies épidémiques : M. 3, F, 0, T. 3. — Tuberculose des poumons : M. 141, F. 71, T, 212. — Tuberculose des méninges : M. 13, F. 11, T. 24. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 6, T. 16. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 24, F. 32, T. 56. — Méningite simple : M. 9, F. 10, T. 19. — Congestion hémorragique et ramollissement du cerveau : M. 39, F. 30, T. 69. — Maladie organique du cœur : M. 30, F, 32, T. 62. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 5, T. 7. — Bronchite chronique : M. 11, F. 8, T. 19. — Pneumonie : M. 18, F. 14, T. 32. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 45. F. 42, T. 87. — Affection de l'estomac (cancer exc.) : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 3, F. 1, T. 4 ; autre alimentation, M. 14, F. 8, T. 22. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Hernies, obstruction intestinale : M. 0, F. 0. T. 0. — Cirrhose du foie : M. 1, F. 5, T. 6. — Néphrite et mal de Bright : M. 11, F. 5, T. 16. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 4, T. 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 18, F. 20, T. 38. — Débilité sénile : M. 15, F. 25, T. 40. — Morts violentes : M. 22, F. 5. T. 27. — Suicides : M. 11, F. 1, T. 12. — Autres maladies : M. 71, F. 37, T. 108. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 9, F. 2, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 56, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 21, illégitimes, 6. Total : 27. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 5, Total : 29.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — *Concours pour trois places d'aide d'anatomie.* — Un concours pour trois places d'aide d'anatomie sera ouvert, à la Faculté de médecine de Bordeaux, le lundi 23 septembre 1901, à dix heures du matin. Les épreuves écrites et orales commenceront le mercredi 23 octobre 1901.

Concours pour une place de chef de clinique chirurgicale. — Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale, vacante à partir du 1er novembre 1901, sera ouvert à la Faculté de médecine de Bordeaux, le lundi 24 juin 1901, à neuf heures du matin

ECOLE DE NANTES. — Un concours s'ouvrira le [illegible] mars 1902. devant l'école de médecine de Nantes, pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE BESANÇON. — Un concours s'ouvrira le 25 novembre 1901 devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Besançon. Le registre d'inscription sera [illegible] avant l'ouverture dudit concours.

LE PRIX DE MÉDECINE D'ARMÉE. — Sur la proposition du comité technique de santé, le ministre a décerné le prix de médecine de l'armée dont le sujet était pour le concours de [illegible] : [illegible] origine de la tuberculose pulmonaire dans l'armée [illegible], à M. [illegible] médecin-major de 2e classe Rouget, de l'hôpital militaire [illegible]. Les sujets [illegible] aux concurrents pour le prix de médecine [illegible] [illegible] suivants : [illegible] Origine, évolution et [illegible] de la [illegible] dans l'armée. » Les [illegible] au Ministère de [illegible] avant le 31 [illegible].

[illegible]. — Notre correspondant de B[illegible] [illegible] des plus [illegible] M[illegible] Noury, interne à l'hôpital des Enfants, vient de [illegible] à l'âge de vingt-cinq ans, après une [illegible] contractée dans son service. (*Le Temps*, du 18 mai 1901).

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le mardi 16 juillet 1901, à midi, à l'Administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria. MM. les Elèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, à partir du lundi 17 juin jusqu'au 29 du même mois inclusivement, de 11 heures à 3 heures.

Hopitaux du Havre. — Le concours de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Deville.

Service de santé des colonies. — Sont nommés dans le corps de santé des colonies : A l'emploi de médecin auxiliaire des colonies, MM. Fuynel, Sanquirico et Nicolas, docteurs en médecine. — A l'emploi de pharmacien auxiliaire des colonies, M. Torchet, pharmacien universitaire de 1re classe.

Le nouveau Directeur de l'Administration de l'Assistance publique de Paris. — M. Mourier, maître des requêtes au Conseil d'Etat, nommé directeur de l'Assistance publique, a été installé dans ces fonctions par M. Autrand, secrétaire général de la Préfecture de la Seine, et a pris immédiatement la direction des services.

Le buste de Ch.-L. Cadet de Gassicourt. — L'Académie de Médecine vient de recevoir en don, de la part de Mme Cadet de Gassicourt, veuve du membre de la Compagnie, décédé l'an dernier, le buste de Charles-Louis Cadet de Gassicourt, l'aïeul du regretté secrétaire annuel de l'Académie. Il était né en 1769 et mourut en 1821, membre de l'Académie de Médecine, qui venait d'être créée.

La mort d'un médecin-major. — M. Biéchy, médecin-major au 125e de ligne, à Poitiers, qui s'est tué d'un coup de revolver, il y a huit jours, ne s'est pas suicidé comme on l'avait cru tout d'abord. D'après le *Temps*, une alerte devait être donnée à la garnison de Poitiers. M. Biéchy, qui en avait été averti, voulut préparer son équipement. En manœuvrant son revolver, il fit jouer involontairement la gâchette. Le coup partit et la balle atteignit le malheureux officier sous le menton. La mort fut instantanée.

Nominations des Professeurs a l'étranger. — M. le Dr Adolphe Jarisch, est nommé professeur à Graz. A Genève, le Pr Jentzer, est nommé directeur de la clinique de gynécologie en remplacement du Pr Vaucher.

Une centenaire. — Mme veuve Feignoux, née Forestier, demeurant à Vichy, a fêté, le 1er de ce mois, le centenaire de sa naissance. Elle habite Vichy depuis 1863, avec ses deux filles : Mme Yong, âgée de soixante-quinze ans, veuve d'un commandant d'artillerie, et Mme veuve Basset, âgée de soixante-treize ans. (*La Nouvelle Presse* du 12 mars 1901)

L'Esprit des autres. — « L'Etat a le droit et le devoir d'exiger de ceux qui, à un degré quelconque, ont à s'occuper des intérêts collectifs ou des intérêts d'autrui, de sérieuses garanties de capacité professionnelle. » (A. Prins, *l'Education générale et la Formation de l'Esprit moderne*, p. 387 in *Rapp. sur l'année académique* 1899-1900, de l'Université libre de Bruxelles.)

Nécrologie. — Nous apprenons la mort, à Bellevue, d'un jeune externe de l'hôpital Saint-Antoine, du nom de Dotses. Venu de Macédoine en 1894, sans un sou vaillant, il avait été recueilli par la Maison du Travail de la rue de l'Ancienne-Comédie. Il apprit vite le français, conquit plusieurs diplomes, notamment le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et après deux ans de médecine fut nommé externe à la Pitié. Il passa ensuite à la Charité dans le service du Dr Potain, puis à Saint-Antoine. Travailleur infatigable, il préparait l'internat, lorsque une maladie due au surmenage cérébral, l'emporta en quelques jours. (Rollet.) — Nous avons le regret d'annoncer la mort des Médecins suivants : M. le Dr Anglada qui s'est jeté lundi matin du pont du génie sur la voie du chemin de fer Paris-Lyon. Le corps horriblement broyé a été reconnu par le père de la victime. Les causes du suicide sont inconnues, mais on suppose que le Dr Anglada était atteint d'une maladie incurable (*Le Temps*). — M. le Dr Marance (d'Issorn). — M. le Dr Gourdon (de Graz). — M. le Dr Gourcer, médecin de la marine en retraite. — M. le Dr Sweft (de Paris). — M. le Dr Volnaret, âgé de 62 ans, demeurant rue Lacepède qui est mort d'une congestion cérébrale en traversant la place de la Concorde.

Chronique des Hôpitaux.

Hopital Broca. — *Clinique gynécologique.* — M. le Pr S. Pozzi commencera son cours de clinique gynécologique le vendredi 31 mai 1901, à 10 heures du matin, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. Lundi et vendredi, à 10 heures : leçon du professeur. Mercredi, de 10 heures à midi : exercices cliniques ; examens histologiques. Mardi, jeudi et samedi, à 10 heures : opérations.

Asile clinique, 1, rue Cabanis. — *Clinique mentale* : M. le Pr Joffroy, Lundi et vendredi, à 2 h. 1/2.

Asile de Villejuif. — (Tramway Châtelet-Villejuif. Départ à 1 h. 45.) — *Laboratoire de psychologie expérimentale des Hautes-Etudes.* — M. le Dr Bajenoff (de Moscou) fera, le samedi 1er juin à 3 heures, une conférence sur l'*Imagination créatrice dans ses rapports avec la psycho-pathologie.*

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc.) — *Service de* M. le Dr P. Marie. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

Hopital Tenon. — M. le Dr P. Le Gendre, le samedi, à 10 heures, *Conférences de Pratique médicale et de thérapeutique.*

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Pr Raymond : *Clinique des maladies du système nerveux.* Mardi et vendredi, à 10 heures.

Hopital de la Charité (Amphithéâtre Potain). — M. le Dr Maygrier, agrégé : *Leçons cliniques d'obstétrique*, jeudi à 10 heures.

Hôpital Necker. — M. le Dr Huchard (amphithéâtre Laënnec de l'hôpital Necker) le vendredi, à 10 heures précises : Consultations de clinique et de thérapeutique. — Présentation de malades ; discussion sur le diagnostic et les indications thérapeutiques, traitement des maladies.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

20e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 23. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 8 JUIN 1901.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

Idiotie myxœdémateuse ; traitement thyroïdien ;

Par BOURNEVILLE ET LAURENS

Depuis 1880 jusqu'à ce jour, il a toujours existé dans le service quelques cas de *myxœdème infantile*. De là un certain nombre de publications que nous croyons devoir rappeler en tête de cette nouvelle observation : 1° *Note sur un cas de crétinisme avec myxœdème* ou *cachexie pachydermique*. Compte-rendu de 1880, p. 16 en collaboration avec d'Ollier ; — 2° *De l'idiotie compliquée* de *cachexie pachydermique* ou *idiotie crétinoïde*. Compte-rendu de 1886, p. 3 (en collaboration avec Paul Bricon) ; — 3° *Nouveau cas d'idiotie* avec *cachexie pachydermique* ; *idiotie crétinoïde* ou *idiotie myxœdémateuse*. Compte-rendu de 1888, p. 3 ; — 4° *De l'idiotie avec cachexie pachydermique*. Compte-rendu de 1889, p. 51 et *Association française pour l'avancement des sciences* (août 1889) ; — 5° *Nouvelle observation d'idiotie myxœdémateuse ou cachexie pachydermique*. Compte-rendu de 1889. p. 172 ; — 6° *Nouvelle contribution à l'étude de l'idiotie myxœdémateuse*. Compte-rendu de 1890, p. 206. *Congrès de médecine mentale* de *Rouen* ; — 7° *État du squelette d'un malade atteint d'idiotie myxœdémateuse*. Compte-rendu de 1891, p. 34 ; — 8° *Idiotie myxœdémateuse*. Compte-rendu de 1894. p. 92 ; — 9° *Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne*. Compte-rendu de 1895, p. 167 et Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux, t. II p. 178 ; — 10° *Nouveau cas d'idiotie* avec *cachexie pachydermique*. Compte-rendu de 1896, p. 49. *Communication faite à la Société de Biologie, séance du 15 mai 1896* ; — 11° *Cinq cas d'idiotie myxœdémateuse*. Bulletin de la Société médicale des hopitaux 1897, p. 32 ; — 12° *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité chez les idiots myxœdémateux, obèses ou atteints de nanisme*. Congrès des aliénistes et neurologistes de Nancy, 1896, t. II, p. 372) ; — 13° *Myxœdème infantile* (*Communication faite* au *Congrès intern. de médecine* de 1900, section de *Neurologie*).

SOMMAIRE. — *Père, peintre pour enseignes, céphalalgies, bègue, caractère emporté. — Grand-père paternel emporté, bègue. — Grand'mère paternelle très nerveuse, excès de boisson. — Arrière-grand-père paternel, excès de boisson. — Grand-oncle paternel, peintre en bâtiments, coliques de plomb, attaque de paralysie, excès de boisson, tentative de suicide, mort d'une congestion cérébrale. — Plusieurs cousins morts de méningite, une cousine de tuberculose pulmonaire. — Cousin excès de boisson. — Cousine peu intelligente. — Oncle paternel mort de méningite. — Tante paternelle morte de convulsions. — Malformations*

Mère, très impressionnable, peureuse. — Grand-père maternel mort tuberculeux. — Arrière-grand'mère maternelle morte d'une attaque apoplectique avec paralysie. — Plusieurs cousins et cousines morts de méningite. — Oncle maternel mort de tuberculose. — Frère, accès d'épilepsie.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 3 ans.

Conception, rien de particulier. — Grossesse, vomissements fréquents, ennuis, plusieurs syncopes ; mouvements du fœtus à 4 mois moins forts qu'aux autres grossesses. — Accouchement laborieux. — Prise du sein difficile à cause du volume de la langue. — Masses lipomateuses. — Physionomie hébétée.

Premières dents à 2 ans ; dentition complète à 9 ans. — Convulsions pendant 5 heures, à 7 ans, provoquées par la dentition. — Début de la propreté vers 6 ans : — de la parole vers 9 ans. — Apathie habituelle : parfois accès de colère ; — onanisme. — Sensibilité au froid. — Gonflement et cyanose des pieds et des mains, otite. — Blepharite et coryza chroniques. — Peau eczémateuse : transpiration nulle. — Déformations du thorax, du rachis et des membres. — Persistance de la fontanelle antérieure. — Absence probable de la glande thyroïde.

Réunion de tous les symptomes du myxœdème infantile.

Traitement thyroïdien : Amélioration notable : — diminution de l'infiltration graisseuse et partant du poids. — Accroissement de la taille ; — évolution de la dentition. — Rétrécissement de la fontanelle antérieure. — Marche. — Progrès intellectuels, etc.

Tis... (Félicie), née le 15 septembre 1881 à Paris, est entrée

dans le service le 31 janvier 1898 et en est sortie le 14 novembre 1900.

Antécédents. — PÈRE, conçu à la Martinique, est né à Angers, sa mère, parisienne, étant de passage dans cette ville. — Il a 40 ans, exerce la profession de *peintre* sur enseignes, n'a jamais eu ni coliques de plomb, ni paralysies, ni étourdissements, mais de fréquents maux de tête. — Petit (1 m. 65), réformé à cause d'une *surdité* qui date de l'âge de 12 ans, et qui a succédé à une otorrhée. Il *bégayait* beaucoup avant son mariage, ne bégaie presque plus depuis. — Pas de convulsions de l'enfance, sobre, rangé, caractère violent, emporté, se met en colère pour un rien, pas de maladies de peau, « Mon mari, nous dit Madame T....., s'est marié *sage* à 24 ans. » Pas de goitre, intelligent mais gêné par sa surdité; il a une hernie, est asthmatique.

[*Sa famille : Père*, sobre, mort à 52 ans d'une maladie du foie, comédien, aurait eu le prix de Rome au Conservatoire de musique. Il a joué surtout à l'Opéra-Comique, à Bruxelles, à la Martinique ; c'était un enfant de vieillards. bégayait lui aussi par moments; très violent. Il a eu, à la Martinique, la *fièvre jaune* et la *dysenterie*.

Mère : 66 ans, corsetière, également enfant de vieillards, *migraineuse:* elle a eu des migraines épouvantables tant qu'elle a été réglée, très nerveuse, ombrageuse, un rien la contrarie, intelligente, aurait une maladie de cœur. Elle aime beaucoup le vin, mais ne s'enivre pas, fait des abus de café, a eu 4 enfants dont un seul vivant.

Grand-père paternel, mort à 84 ans, à la suite d'une fracture de jambe, « il était aussi dans les théâtres. » — *Grand'mère paternelle,* morte à 72 ans d'une maladie du foie. — *Grand-père maternel*, faisait des *excès de boisson*, ancien soldat du 1er empire, aurait été commandant de la place de Verdun. — *Grand'mère maternelle,* morte à 60 ans ; a eu 13 ou 14 enfants : « elle a eu ma belle-mère quand elle avait 50 ans. » — *Oncle paternel* serait allé au Tonkin et on ne l'aurait plus revu ; il aurait été sergent puis dégradé. — *Oncle maternel* mort à 68 ans, de *congestion au cerveau*, *peintre* en bâtiments, a eu des *coliques de plomb,* et une *attaque de paralysie* avec déviation de la bouche. *buvait beaucoup* ; il a essayé de se pendre. — Une de ses filles a eu 13 ou 14 enfants qui sont presque tous morts de *méningite;* une autre fille est morte de *tuberculose* pulmonaire à 35 ans. — *Tante maternelle* morte à 76 ans d'une fluxion de poitrine, laissant un fils et une fille, le fils a fait de nombreux *abus de boisson,* s'en va d'une maladie de cœur. — Sa fille, bien portante, est religieuse à Toulouse ; « elle n'était pas intelligente, on ne pouvait rien lui faire faire, c'est pourquoi on l'a mise sœur ». — Un *frère* et deux *sœurs* : — Le frère est mort tout jeune de *méningite* ; — La sœur aînée est morte étouffée dans le lit, la sœur cadette est morte de *convulsions*. — Dans le reste de la famille, pas d'aliénés, pas d'autres paralytiques, pas de suicidés, pas d'épileptiques. pas d'autres bègues, pas de sourds-muets, pas de goitreux, pas de myxœdémateux, pas de criminels, ni de prostituées.]

MÈRE, 37 ans, couturière, bien portante jusqu'au mariage, moins bien depuis, fatiguée par sept couches. Elle est assez grande. cheveux chatains, nez aquilin, intelligente. Pas de convulsions dans l'enfance. Elle a toujours été très peureuse: « Quand j'étais petite et que je rentrais le soir, je courais comme si le feu était derrière moi, je n'aime pas la nuit quand il fait sombre, j'ai peur d'aller ouvrir le soir lorsqu'on frappe à la porte. » C'est l'hiver que les peurs étaient le plus fréquentes. — « Quand j'ai ces peurs, cela me donne un coup au cœur, mes jambes sont comme du coton, comme si elles étaient cassées ; mes enfants sont peureux comme moi. » — Elle n'a jamais eu ni syncopes, ni migraines, pas de maladie de peau. Réglée à 11 ans 1/2, régulièrement. jusqu'à ce jour, ni fièvre typhoïde, ni fièvre intermittente.

Sa famille. — *Père* : mort à 61 ans, *poitrinaire* et ayant « une maladie des muscles », sobre, rangé, avait une hernie, a eu la rougeole à 35 ans. Il a eu durant sa vie beaucoup de chagrin et beaucoup de peine à élever sa famille.

Mère : 58 ans, sobre, modiste, nerveuse, maladie d'estomac et de cœur, a eu un kyste au côté gauche (?), un engorgement du foie, la *chorée* étant jeune, une *cécité passagère*, bonne conduite.

Grand-père paternel : mort à 75 ans, boucher, sobre, avait des douleurs. — *Grand-mère paternelle,* morte âgée, avait des rhumatismes qui l'ont tenue longtemps alitée, était très grosse. — *Grand-père maternel*, mort à 72 ans de congestion pulmonaire, sobre, avait eu un bras emporté à Sébastopol. — *Grand-mère maternelle*, morte à 76 ans d'une *congestion cérébrale* avec *paralysie*, est restée plusieurs jours malade. — Elle a eu deux petites filles mortes de *méningite* et un petit fils bossu et atteint de coxalgie mort de *méningite* à 7 ans. — Un *oncle* et 5 *tantes paternels* : l'oncle est mort âgé, à l'Hôtel-Dieu, d'une hernie étranglée; il était sobre et n'avait jamais eu d'accidents nerveux, mais était rhumatisant. Il a une fille, bien portante mais de petite taille. Elle a eu 4 enfants : trois bien portants, une fille est morte de *méningite*. — Les cinq tantes ont une bonne santé; pas d'enfants. — Une *tante maternelle* bien portante, non nerveuse, eczémateuse, a eu 4 enfants : un fils qui est bien portant, un 2me fils bossu, coxalgique, est mort de *méningite*, deux petites filles sont mortes de *méningite* également. — Un *frère* mort de *tuberculose pulmonaire* à 22 ans; il avait un abcès au cou qui a suppuré longtemps. — Deux *sœurs* : l'une a 30 ans, un peu nerveuse, pas migraineuse, a eu un enfant qui est mort du croup et qui n'a pas eu de convulsions; l'autre est en bonne santé, pas nerveuse, a un enfant de deux ans, bien portant et intelligent. — Dans le reste de la famille, on ne trouve rien à signaler si ce n'est un grand oncle paternel qui était impotent et énorme; on le traînait dans une voiture. — Il est mort vieux, on ne sait de quoi.]

Pas de *consanguinité* (le père est né à Angers d'un père de Verdun et d'une mère de Paris. — Sa mère est née à Paris d'un père de Seine-et-Oise et d'une mère parisienne). — *Inégalité d'âge* de trois ans (père plus âgé).

7 ENFANTS : 1° notre malade; 2° un garçon « magnifique » mort du croup à 10 mois 1/2, sans convulsions; était intelligent mais criait tout le temps; 3° un garçon de 14 ans. Entre 7 et 12 ans il a eu des *crises de nerfs* revenant d'abord tous les 15 jours, puis tous les mois. A 9 ans 1/2, il a été placé à Vaucluse. Depuis deux ans ces crises ont disparu (1). Il a une bonne conduite, il apprend bien le métier de son père mais est turbulent, plutôt désobéissant et entêté; 4° une fausse couche de six semaines avec pertes abondantes; 5° une fille de 8 ans qui n'a jamais eu de convulsions; très bien portante jusqu'à 7 ans et depuis est anémique, nonchalante, mais intelligente; 6° un garçon de 4 ans très intelligent, n'a jamais eu de convulsions; 7° une fausse couche de 4 mois 1/2.

Notre malade. — A la *conception* qui a eu lieu trois mois après le mariage, les parents étaient bien portants, ils étaient *vierges tous deux*.

Grossesse pénible, la mère a vomi très souvent « presque tout le temps », pas de peur; tendance irrésistible à regarder les gens infirmes. Souvent elle a eu des discussions avec sa belle-mère qui était médisante, égoiste, autoritaire et qui ne trouvait jamais bien ce que sa belle-fille faisait. Ces discussions avaient irrité le mari qui se mettait fréquemment en colère, d'où des brouilles fréquentes dans le ménage. Pas d'attaques de nerfs, ni de signes d'albuminurie; mais pendant les premiers mois de la grossesse, elle s'est *trouvée mal* à plusieurs reprises. Elle croit avoir senti remuer vers 4 mois comme dans ses autres grossesses; toutefois les mouvements n'étaient pas aussi forts que dans ces dernières. Elle a un peu abusé du café dont elle buvait 3 fois par jour.

Accouchement à terme, naturel, sans chloroforme. — Le travail a débuté à 11 heures du matin et a cessé le lendemain à midi. — Les douleurs étaient fortes mais comme la tête restait au passage, on lui a donné « des poudres ». — Les eaux auraient été abondantes. moins toutefois qu'aux autres grossesses.

(1) M. le Dr Blin nous a transmis à son sujet la note suivante : « Il est entré à la Colonie le 11 avril 1894 et en est sorti le 2 février 1896. D[illegible] ce temps, il a eu 6 accès d'épilepsie, sans troubles mentaux consé[illegible] Quand on le rendit à sa famille il y avait dix mois qu'il n'avait [illegible] d'accès ».

A la naissance, l'enfant n'était pas asphyxiée (?), elle n'avait pas de cordon autour du cou, elle a crié tout de suite (?). Sa tête était plutôt grosse ; ses cheveux étaient noirs; elle avait des ongles. Elle était « si grasse et si belle » que les parents en furent étonnés. — Mise en nourrice à la campagne (Seine-et-Oise) la nourrice lui donna le sein jusqu'à 2 mois puis la nourrit au biberon avec du lait de vache. On a retiré l'enfant de nourrice à 11 mois et on a continué à l'alimenter au biberon avec du lait de vache. Les 1res dents ont percé à 2 ans; la dentition a été très lente et très pénible; l'enfant, à chaque poussée dentaire, avait des accès de colère. — Elle n'aurait eu ses vingt dents de la *première dentition qu'à neuf ans*. — Depuis cette époque quelques dents de la seconde dentition auraient fait leur apparition, « mais c'était encore les mêmes crises de dents, les mêmes accès de colère, les mêmes insomnies que lors des premières dents. » Et même vers 7 ans, à l'occasion de l'apparition d'une dent, l'enfant étant couchée, aurait perdu connaissance pendant 5 heures 1/2, le corps est devenu tout raide, il n'y a pas eu de convulsions cloniques.

La mère fait remarquer que toute jeune son enfant avait de la *peine à téter* parce que *sa langue était trop grosse.* — De plus, elle avait un air triste, elle n'était pas éveillée comme les autres enfants. A 11 mois sa fontanelle était très large, beaucoup plus qu'aujourd'hui, on voyait les battements du cerveau. — La langue demeurait énorme et sortait souvent de la bouche. — Les joues étaient grosses, pendantes, le teint mat, plutôt jaune, les cheveux rares, gros et durs, les mains grosses et épaisses, les pieds auraient toujours été petits. — Elle avait, dès sa naissance, des *masses lipomateuses* que nous décrirons plus loin. — L'enfant *n'a jamais marché* seule : « elle ne se tenait ni debout, ni assise : c'était un *paquet de chair* ». — Toutefois une dame « magnétiseuse », dont il sera question tout à l'heure, l'avait habituée à se tenir debout, les bras près du corps et à marcher en se tenant aux tables et aux murs, « mais au prix de quels pleurs ! »

Elle a commencé à être propre, le jour, à partir de 6 ans ; la nuit elle gâtait encore il y a un an. « C'est la magnétiseuse qui l'a rendue propre. Elle la surveillait la nuit et quand l'enfant se laissait aller, elle lui administrait une fessée avec une serviette imbibée d'eau froide. » Jusqu'à 7 ans elle conserve cet *air hébété* qui, dès le début, a frappé les parents. Conduite aux Sourds-muets « on la trouve idiote. » A partir de 7 ans, l'intelligence s'est éveillée. — L'enfant aimait beaucoup à sortir, montrait la porte et regardait ce qui se passait dans la rue. — La musique lui plaisait fort : « elle prenait un bâton et faisait semblant de jouer du violon. »

Parole vers 9 ans, elle est entrée à Trousseau (service de M. Lannelongue) qui eut l'intention, un moment, de greffer dans le péritoine un corps thyroïde de mouton, opération qui n'eut pas lieu.

Le *caractère* de Félicie est *apathique*; toutefois, par moment, l'enfant est prise d'*accès de colère*, trépigne, remue violemment la tête et se mord les mains. Elle n'est ni gourmande, ni voleuse. Elle est très portée à l'*onanisme* et se masturbe fréquemment. Pas d'appétence pour les boissons. Jusqu'à 7 ans on fut obligé de la faire manger et de l'alimenter avec du lait, des soupes et des œufs, car elle ne pouvait *mâcher*, probablement à cause du retard de la dentition. A partir de 7 ans, elle s'alimente comme une grande personne et mâche la viande. La bouche est encore fréquemment ouverte et laisse voir la langue volumineuse, les lèvres sont épaisses, cyanosées. La déglutition s'exécute normalement. Pas de rumination. Souvent diarrhée alternant avec la constipation mais jamais de chute du rectum. — Elle aurait eu, jusqu'à un âge qu'on ne peut déterminer, « comme une grosse corde au-dessus du nombril remontant vers l'épigastre : cela ressortait comme le doigt ». Un bandagiste dit à la mère que son enfant avait une éventration et lui fit deux ceintures que la malade n'a jamais pu garder.

La respiration a toujours été normale, mais ne s'est jamais bien effectuée par le nez : « l'enfant a toujours renâclé » surtout l'hiver où les sécrétions nasales sont très abondantes. Elle a eu une bronchite à 2 ans et toussait un peu chaque hiver.

Les sens de la *vue* et de l'*ouïe* ont toujours paru normaux. Félicie a toujours été très sensible au froid ; ses pieds et ses mains sont toujours glacés « comme des verrous ».

Les *déformations du thorax*, de la région lombaire et des jambes ont toujours existé ; les pieds et les mains ont été constamment cyanosés ; l'hiver ils deviennent plus gros, comme enflés, et la cyanose y est plus prononcée.

Les *sentiments affectifs* paraissent exister, car lorsque l'enfant revoit sa grand'mère elle est plus gaie « et lui fait fête », Le *sommeil* est normal ; elle dort 10 heures en moyenne, sans cauchemar, sans accès de cris, on ne signale pas d'attaque de sommeil. — La *mémoire* existe, mais à un faible degré. Le *raisonnement* est nul. — L'*attention* est fugace, difficile à fixer.

Comme *maladies infectieuses*, la malade a eu la *rougeole* vers 6 ans, durant laquelle elle aurait été énervée mais n'aurait pas eu de convulsions. — Elle n'a eu ni scarlatine, ni oreillons, ni fièvre typhoïde, ni coqueluche, ni diphtérie, ni faux croup, ni variole ; a été vaccinée.

Elle a eu de la *gourme* vers 6 mois, une *otite* étant jeune, une *blépharite* ciliaire intermittente, mais jamais d'adénite. — *Sa peau* a toujours été sèche, farineuse, la *transpiration* n'a jamais existé. Ses *cheveux* ont toujours été gros, durs, secs et le *cuir chevelu* a toujours présenté les mêmes altérations que le reste de la surface cutanée. — A la suite d'une chute de sa chaise, l'enfant s'est à deux reprises légèrement contusionné la région frontale et la région pariétale. Elle n'a jamais eu ni fractures ni luxations.

État actuel. — L'enfant, très petite pour son âge, est pâle, grosse, bouffie. Son état général est satisfaisant. Sa physionomie a une expression d'hébétude, d'étonnement. Le regard est parfois relativement assez vif (*Fig.* 35).

Les *cheveux* sont châtain-*roux*, gros, durs, raides, secs et cassants. On constate une *alopécie partielle* occupant toute la partie moyenne du cuir chevelu sur une largeur de 0,12 à 0,14 centim. et sur une longueur à peu près égale. Le cuir chevelu est parsemé de petites croûtes eczémateuses, d'un brun-jaunâtre, très abondantes sur la région fronto-pariétale, plus rares en arrière. Ces croûtes se reproduisent avec une très grande facilité, malgré les soins de propreté les plus minutieux.

La *tête* est volumineuse, surtout si on la compare au reste du corps, et présente une saillie assez prononcée des bosses pariétales, un aplatissement situé en arrière du vertex et étendu sur une longueur de 4 à 5 centim. L'occipital est saillant. La *fontanelle antérieure* persiste et revêt la forme d'une étoile à 4 branches mesurant 0,06 cent. 1/2 d'avant en arrière et 0,06 cent. transversalement.

La *face* est presque carrée, le front est étroit, bas, sa hauteur est de 0,04 cent. ; bombé à sa partie moyenne, il se déprime assez fortement sur les côtés. La bosse frontale droite est un peu plus saillante que la gauche. Les arcades sourcilières sont peu proéminentes, les sourcils sont assez fournis et se réunissent sur la ligne médiane par une petite bande de poils fins. Les paupières supérieures et inférieures paraissent bouffies, gonflées, mais sans œdème vrai ; elles ont une coloration bleuâtre ; elles s'ouvrent assez bien à droite, mais incomplètement à gauche ; les cils sont assez longs et assez abondants aux paupières supérieures mais rares aux paupières inférieures. Les *paupières sont collées tous les matins.*

Les *yeux* sont parfaitement mobiles, ne présentent ni exophtalmie, ni strabisme, ni paralysie, ni nystagmus. L'iris est brun ; les pupilles, bien conformées, réagissent à la lumière et à l'accommodation. L'acuité visuelle paraît normale.

Le *nez* est camus à un degré très prononcé, sa racine est fortement déprimée, ses ailes sont larges, les narines relevées. L'*odorat* est normal. — Les *joues* sont volumineuses, *pseudo-lipomateuses*, colorées à leur centre, pâles et bleuâtres à leur périphérie, principalement au voisinage du nez et de la lèvre supérieure.

Les *lèvres* sont épaisses, renversées, très légèrement cyanosées. La *bouche*, largement fendue, reste entr'ouverte, et laisse apercevoir, même pendant le sommeil, l'extrémité de la *langue* qui est *épaisse* et *large*. Le *goût* est normal.

La *dentition* est dans l'état suivant : à la *mâchoire supérieure*, on compte 2 incisives médianes, centrales, définitives ; pas d'incisives latérales, 2 canines temporaires, des débris de molaires temporaires à couronnes brisées et à racines branlantes, prêtes à être expulsées. Les premières molaires permanentes sont en train d'évoluer ; leur couronne commence à faire saillie hors de la gencive. — A la *mâchoire inférieure*, on compte 4 incisives permanentes, 2 canines temporaires. Les prémolaires commencent leur éruption. Les premières molaires permanentes apparaissent comme à la mâchoire supérieure. — En résumé, la dentition de l'enfant est celle d'une enfant de 9 ans. — La *voûte palatine* est aplatie, le voile bien conformé.



Fig. 35. — Janvier 1898.

Le *cou*, large, court, épais, mesure 0,31 cent. de circonférence. — Le *larynx* est mobile et parait normal, le cricoïde fait une saillie accusée au-dessous de laquelle on perçoit les anneaux de la trachée *sans qu'il soit possible de sentir le corps thyroïde*. — Sur les parties latérales du cou, on trouve une *infiltration graisseuse* formant une véritable convexité au niveau des creux sus-claviculaires. — Au milieu de ces *pseudo lipomes*, on sent de petits noyaux de la grosseur d'un petit pois. — Au-dessous de la nuque, on retrouve la même infiltration graisseuse formant une saillie convexe. Cette infiltration se prolonge au-dessous des clavicules jusqu'auprès des aisselles. La peau des aisselles est sèche, comme ridée et complètement glabre. — Les régions pectorales sont également infiltrées de graisse et parcourues par un lacis de veines dilatées. — Les *glandes mammaires* n'existent pas ; le mamelon est petit rosé.

Le *tronc*, vu d'arrière, présente une convexité thoracique très marquée et des *déviations de la colonne vertébrale*. Celle-ci offre deux courbures de scoliose, l'une supérieure à convexité regardant à droite, l'autre inférieure à convexité regardant à gauche. — La région lombaire présente une ensellure très prononcée. — En regardant de face, on voit que le thorax est déjeté en dehors dans sa partie inférieure gauche, tandis qu'à droite il est plutôt déprimé. Il est recouvert de téguments très épais. La *peau* est *sèche*. — L'*abdomen* est gros et très proéminent. Il existe une *hernie ombilicale* mesurant 0,057 à sa base et 0,035 de hauteur. — Le *petit bassin* est très étroit. Les *fesses* sont fermes mais peu volumineuses.

Les *membres supérieurs* sont courts dans leurs différents segments et presque cylindriques. — Les *mains* sont *épaisses, bouffies, gonflées, trapues, froides*. Les doigts sont courts et volumineux, les ongles courts : leur croissance paraît être très lente.

Les *membres inférieurs*, ainsi que le démontrent les mensurations, sont courts. Ils sont *infiltrés de graisse*. — La cuisse gauche paraît plus volumineuse que la droite. Les *os de la jambe droite* sont *légèrement incurvés ;* ceux de la jambe gauche le sont davantage. — Les *pieds* et les *orteils* sont *courts, épais*, légèrement *cyanosés*. — La peau, quoique peu épaissie, est dure, résistante. — Les *mouvements volontaires* s'exécutent en tous sens mais *péniblement* et *lentement*. L'enfant ne marche pas, mais se tient debout en prenant un point d'appui, contre une table par exemple. — Les *mouvements provoqués* sont possibles en tous sens. Les *réflexes* rotuliens sont conservés. Le chatouillement de la plante des pieds détermine une flexion lente des orteils.

La *sensibilité* à la douleur, au contact, et à la température est conservée. — L'enfant craint le froid.

L'examen général de la surface cutanée montre que partout la *peau* est pâle, luisante, bleuâtre, plutôt jaunâtre sur le corps. Au niveau des aisselles, des épaules et des bras, on remarque une *desquamation furfuracée*.

La *région anale* est bien conformée et normale; pas d'hémorrhoïdes, ni de chûte du rectum.

Le *pénil* est saillant, très infiltré de graisse, ainsi que les aines. Il est absolument glabre. Les grandes lèvres sont bien conformées et glabres. Les petites lèvres sont d'un rose pâle, triangulaires, plissées, un peu proéminentes, leur racine forme un capuchon au clitoris qui est petit. — L'hymen est annulaire, à orifice central, à bords irréguliers, n'admettant pas l'extrémité du petit doigt. Pas d'onanisme.

L'enfant parle à peine . Elle ne prononce que quelques syllabes, par exemple: «boiboi» pour boire, «voivoi» pour au revoir. — Elle mange seule mais lentement, sans voracité. Pas de vomissements ni de rumination. Constipation habituelle.

Le 11 *février* 1898, on soumet la malade au *traitement thyroïdien* : tous les *deux jours* un gr. de glande thyroïde fraîche incorporée dans le potage. Dès les premiers jours du traitement, on constate que la température *s'élève* de 1° et oscille autour de 37°. — L'enfant est un peu agitée la nuit, néanmoins le pouls demeure régulier et bon.

Dès le mois de mars 1898, Félicie paraît plus éveillée, plus gaie, plus attentive. — Elle a maigri, elle parait moins bouffie, ses paupières sont dégonflées, son poids a diminué de 1700 gr. Ses pieds présentent une desquamation furfuracée. Par instants elle paraît souffrir des dents.

Avril. — Le *développement intellectuel* progresse. Félicie s'amuse avec les autres enfants, joue avec ses poupées, devient bruyante, rit des taquineries qu'elle fait aux infirmières, se tapote sur la poitrine pour imiter l'interne qui l'a percutée. Son attention est facile à fixer. — Elle reste paresseuse et aime beaucoup à demeurer au lit. — Sur la moitié gauche de la tête, on constate une chute rapide des cheveux. A ce niveau, le cuir chevelu présente une desquamation et l'enfant y porte fréquemment la main pour se gratter. — Les paupières sont de moins en moins boursouflées. Le cou semble moins volumineux, les mains et les pieds moins empâtés. — Le volume de la langue est très notablement réduit. le processus d'éruption dentaire a une tendance à s'effectuer moins lentement.

Pour la première fois on s'aperçoit que l'enfant *sue*, son

front est mouillé par la sueur. — Une légère *bronchite* oblige d'interrompre le traitement pendant 3 semaines.

Mai. — Le traitement est repris avec 1 gr. de glande *thyroïde* par jour. — Depuis son entrée, Félicie a grandi de 2 cent. — Son poids a diminué de 2 k. 500. — Elle est de plus en plus gaie, de moins en moins peureuse, dit quelques mots « caké » pour café, « cré » pour crème. Elle jase et rit beaucoup, elle chantonne et comprend mieux ce qu'on lui dit, montre sa langue lorsqu'on le lui ordonne. Elle commence à faire sa toilette seule. On constate toutefois un énervement inaccoutumé. L'évolution des dents paraît suivre maintenant une marche normale. A la mâchoire inférieure les prémolaires et

— Le poids est de 20 kilogrammes, la taille est de 93 cent.

Avril. — Depuis un mois F... a grandi d'un centimètre et a sensiblement maigri. — Elle est gaie, chante « la polka des Anglais », mais s'obstine à ne pas vouloir marcher. C'est à grand'peine et, en la maintenant sous les bras, qu'on la force à se tenir sur les jambes et à faire quelques pas. — On insiste beaucoup sur cette éducation de la marche.

Mai. — L'enfant va en congé dans sa famille. A son retour on constate que les quelques progrès obtenus avant son départ n'existent plus. — L'enfant est grognon, elle crie lorsqu'on veut lui faire faire quelques pas. On est surpris de ces changements brusques.



Fig. [illegible] — Octobre 1900.



Fig. [illegible] — Octobre 1900.

les molaires achèvent leur éruption. — A la mâchoire supérieure les molaires permanentes sont apparues. La *fontanelle antérieure* mesure 4 cent. 1/2 d'avant en arrière et un peu plus de 5 cent. transversalement. — L'enfant se tient mieux sur ses jambes.

Juin et *Juillet.* — On continue régulièrement le *traitement thyroïdien.* On note un peu de tristesse due, sans doute, à l'éruption dentaire qui paraît douloureuse.

Août. — Le 15 août on suspend le traitement qui n'est repris qu'en octobre.

Octobre-Décembre. — Le traitement, depuis le 11 octobre, a été continué régulièrement ; pendant ces trois mois on n'observe aucune modification appréciable si ce n'est un tremblement assez accusé des mains qui gêne la préhension des objets.

1899. *Janvier.* — Le traitement est suspendu du 1er janvier au 1er mars.

Mars. — On donne 0,50 de glande thyroïde fraîche par jour.

Juillet. — Depuis 2 mois le traitement a été suivi très irrégulièrement soit à cause du manque de glandes thyroïdes, soit parce que ces dernières n'étaient pas fraîches. Mais on continue, avec persévérance, à obliger Félicie à marcher. Elle a grandi de 4 centimètres. Elle paraît avoir une tendance à engraisser. Le sommeil est agité. Elle parle mieux, son répertoire de mots paraît plus vaste. Quant à la marche, on ne constate aucun progrès.

1900. — Le traitement thyroïdien, interrompu plusieurs fois dans le courant de l'année précédente, n'est plus suivi depuis le 15 décembre. Félicie n'a fait que très peu de progrès pour la marche. Elle est très paresseuse, pleure dès qu'on la met debout et qu'on essaie de la faire avancer d'un pas. Elle ne se plaît qu'à rester assise et à jouer avec ses poupées. Elle semble engraisser. Plusieurs fois par jour on la force à se tenir sur les jambes.

Mai. — Le traitement est repris. On donne 1 gr. 25 de thyroïde tous les jours. Les *sueurs* sont assez abondantes.

Juillet. — L'enfant est assez affectueuse envers les infirmières et envers ses parents. Elle est plus éveillée, on la force fréquemment, plusieurs fois par jour, à marcher et on obtient le résultat suivant : l'enfant se tient mieux sur les jambes, arrive à marcher à peu près à la condition qu'on se tienne à côté d'elle et qu'on la maintienne légèrement car elle a toujours peur de tomber.

Août. — Pendant un mois, Félicie a marché seule. Malheureusement elle passe quelques jours chez elle en congé. Les parents, ne voulant pas la contrarier, préfèrent la laisser assise, ne l'obligent plus à marcher, détruisant ainsi les heureux effets d'une éducation constante, poursuivie pendant de longs mois. De retour à la Fondation, il est impossible de lui faire faire un pas sans la maintenir soigneusement.

Septembre. — Le traitement thyroïdien, repris, est fréquemment interrompu ainsi que l'éducation spéciale prescrite à cette enfant, car à chaque instant les parents viennent réclamer leur fille pour l'avoir quelques jours auprès d'eux.

Octobre. — Sur la demande réitérée des parents, on signe la sortie de Félicie (*Fig.* 36 et 37).

Tableau du poids et de la taille.

	1898		1899		1900	
	Janv	Juil.	Janv	Juil	Janv	Juil
Poids	18.700	16.200	17.000	[illegible]	[illegible]	22.000
Taille	0,88	0.90	0.90	[illegible]	0.99	0.99

Réflexions. — I. L'*hérédité paternelle* se résume ainsi : bégaiement chez le père et le grand-père paternel de l'enfant ; migraines, *abus alcooliques* chez la grand'mère paternelle et un arrière-grand-père ; grand-oncle, *excès de boisson*, tentative de *suicide*, mort de *congestion cérébrale* : — cousin, nombreux *excès de boisson* : — cousine peu intelligente ; — autre cousin mort de *méningite* ; — autre cousine morte de *convulsions*. — De nouveaux renseignements nous ont appris que la grand'mère paternelle, qui boit, *s'éthérise* aussi, qu'elle a un *pouce difforme* par suite de l'absence de la phalangette (partant, point d'ongle). Sa sœur, grand'tante paternelle de l'enfant, a un *annulaire composé seulement de la phalange*. La phalangine et la phalangette manquent.

Du *côté maternel*, l'hérédité n'est pas moins chargée : mère très peureuse : grand'mère très nerveuse, a eu la chorée et une cécité passagère ; arrière-grand'mère enlevée par une *congestion cérébrale* : deux cousins et six cousines morts de *méningite* ; un frère *épileptique*. Rappelons aussi que le grand-père et un oncle ont succombé à la *tuberculose*, qu'il y a eu, dans la famille, des *coxalgiques* et des *bossus*.

Un frère de Félicie (17 ans) présente une *malformation du voile du palais* : les piliers antérieurs manquent complètement, les piliers postérieurs sont peu développés. Une sœur (11 ans) est *très arriérée*. Un autre frère a été *circoncis*. Cette *série de malformations* exceptionnellement nombreuses, était à rapprocher de l'*absence de la glande thyroïde* chez la malade.

II. La *grossesse* a été accidentée par des vomissements, par des ennuis presque constants, une tendance irrésistible à regarder les infirmes, enfin par plusieurs syncopes. Ce sont là des circonstances un peu banales qui ne suffisent pas à expliquer l'absence de la glande thyroïde.

III. Les premiers phénomènes observés, furent l'hypertrophie et la protraction de la langue, rendant la succion difficile, l'état lipomateux : « c'était, nous a dit la mère, un paquet de chair ; » puis l'absence d'éveil de l'intelligence, le retard de la dentition qui fut accompagnée d'accès de colère ; enfin l'insuccès des tentatives faites pour apprendre à l'enfant à marcher, à parler, à être propre, etc.

IV. A l'admission, cette malade présentait nettement, et au complet, tous les signes de l'*idiotie myxœdémateuse*. Nous n'insisterons pas sur ces différents symptômes, dont le tableau a été tracé minutieusement dans les précédents *Comptes-rendus*. Nous ferons remarquer, toutefois, l'*absence des règles* chez les myxœdémateuses congénitales, et l'*état infantile de leurs seins et de leurs organes génitaux externes*. Si nous examinons, à ce sujet, les différentes malades qui ont passé dans le service ou qui y sont encore actuellement nous trouvons : Vath... (Augustine), 25 ans, non réglée, impubère : — Gang... (Clémence), 20 ans, non réglée, impubère : — Besn... (Marie), décédée, à 22 ans, non réglée, impubère.

V. Les idiots myxœdémateux sont très rarement enclins à l'*onanisme*. — Aucun des malades que nous avons examinés ne se masturbait. Félicie fait cependant exception. Elle est très portée à l'onanisme, aime à relever ses jupes, à mettre ses poupées toutes nues, à caresser leurs fesses. Elle n'a pas le sentiment de la pudeur.

VI. Chez tous ces malades, les myxœdémateux infantiles, on observe une constipation opiniâtre à laquelle on peut rattacher le prolapsus rectal qui s'observe chez la plupart d'entre eux.

VII. Le *traitement* a consisté, chez Félicie, en l'administration de *glande thyroïde* fraiche, incorporée dans le potage, à la dose de 0,50 à 1 gr.25 par jour. Il a été suivi très irrégulièrement, soit parce que les thyroïdes manquaient, soit parce qu'elles n'étaient pas fraiches, soit à cause des fréquents congés accordés à la malade sur les instances des parents. Toutefois, ce traitement thyroïdien paraît avoir produit une amélioration appréciable. Sous son influence le poids de l'enfant a diminué (tableau des poids), la taille a augmenté, le volume de la langue est allé en décroissant, la dentition, très en retard, s'est mise à évoluer d'une façon à peu près normale, la transpiration est apparue. Une modification s'est également produite dans l'état mental de la malade qui est devenue plus gaie, plus éveillée. Nous devons noter, qu'après l'administration de la glande thyroïde, le sommeil de l'enfant était toujours plus agité. Une tante maternelle rappelle qu'à l'entrée, sa tête ressemblait à une « noix de coco ». Elle a maintenant une chevelure abondante.

VIII. Parallèlement au traitement thyroïdien, on instituait une éducation spéciale des mouvements et de la marche. Chaque fois que cette éducation a été poursuivie un certain temps avec persévérance, on a obtenu une amélioration dans la station debout et même dans la marche. Malheureusement, à chaque retour de congé, on constatait que l'enfant avait perdu une partie de l'amélioration précédemment obtenue.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Clinique de gynécologie : M. le Pr Pozzi.

M. le Pr Pozzi, nommé récemment titulaire de la chaire de gynécologie de la Faculté de Paris, a fait sa première leçon le vendredi 31 mai, à 10 h. 1/2, dans l'amphithéâtre de son service de l'hôpital Broca.

Une demi-heure avant l'ouverture du cours, l'amphithéâtre était envahi par un public aussi nombreux que choisi : citons au hasard les Prs Kermisson et Pinard, les Drs Troisier, Charrin, Thiéry, Schwartz, Gilbert, Varnier, etc.; un groupe charmant de dames élégantes était venu applaudir à la première leçon du maître. M. le Dr Jayle, le distingué chef de clinique de M. Pozzi, faisait les honneurs de l'amphithéâtre beaucoup trop étroit pour contenir les auditeurs.

Très ému par les ovations qui saluent son arrivée, M. Pozzi adresse ses remerciements à ceux qui l'ont désigné à cette chaire, honneur accru, dit-il, par la haute valeur des concurrents qui la lui disputaient ; il n'oublie pas dans ses remerciements les maîtres et les élèves qui ont contribué à fonder sa réputation de gynécologue et ces nombreux amis anonymes qui ont fait tant pour lui ; il leur élève dans son cœur un autel, comme jadis Athènes le fit au Dieu Inconnu dont parle l'apôtre Paul. Ces inconnus ont excité l'opinion en sa faveur, il leur doit toute sa reconnaissance.

M. Pozzi aborde alors l'histoire de l'enseignement de la gynécologie en France. Il raconte ses missions à l'étranger, sa pénible impression en voyant la moindre Faculté allemande munie depuis vingt ans d'Instituts gynécologiques parfaitement organisés.

Il n'y a pas que l'Allemagne qui nous a devancés. Depuis de longues années, un élève de Paris, le Pr Assaki, a fondé à Bucharest un service de clinique gynécologique modèle.

Il rappelle le peu de succès de ses premiers efforts auprès de la Faculté de médecine de Paris ; le rapport défavorable du Pr Lefort sur la nécessité de l'enseignement spécial de la gynécologie.

Malgré ces échecs, il ne s'est pas rebuté, car il a enseigné librement la gynécologie en cet hôpital de Lourcine dépourvu alors de toute organisation matérielle, dès qu'il en a été nommé le chirurgien.

M. Pozzi ne saurait négliger de rendre hommage aux efforts des chirurgiens français qui donnèrent, dans leurs travaux et leurs leçons, une place importante à la gynécologie, les Péan, les Terrier, les Richelot, les Doyen et bien d'autres. Il met en garde ceux qui pensent que rien ne fut fait en gynécologie dans notre pays. Presque toutes les grandes interventions gynécologiques ont pris naissance en France et la hardiesse des chirurgiens français de la première moitié du XIXe siècle a souvent été suivie de brillants succès. Une époque de crainte et de torpeur a suivi pour faire place à l'époque de renaissance actuelle.

Il ne doit pas y avoir de jalousie nationale dans les sciences et surtout dans les sciences médicales comme la gynécologie. La science est devenue plus qu'internationale, elle est universelle et mondiale. Mais ce n'est pas une raison pour que chaque nation ne mette une noble émulation à la faire progresser et à revendiquer comme des titres de gloire les progrès que les siens lui ont fait faire. La gynécologie doit beaucoup à notre pays ; elle nous revient accrue de l'étranger comme l'antisepsie, qui pourtant repose sur des bases où est gravée la colossale figure de Pasteur.

On a longuement discuté pour savoir si la gynécologie devait être surtout médicale ou chirurgicale ; il n'y a pas deux sortes de gynécologie, si ce n'est la bonne et la mauvaise. Il est aussi coupable de traiter par des injections chaudes, du repos, des applications électriques, les affections graves des annexes, que de promener, à tort ou à travers, la curette dans toutes les cavités utérines et de pratiquer une hystérectomie chez une malade à l'âge de la ménopause pour un corps fibreux qui ne provoque pas d'accidents très inquiétants. Il convient de se rappeler la devise hippocratique : *tuto, cito et jucunde. Tuto* : la sécurité opératoire doit être minutieuse et les indications doivent être sérieusement examinées ; *cito* : la rapidité de l'intervention est un garant de son succès, mais l'on se souviendra qu'elle ne doit pas mettre la sécurité en défaut et que les chirurgiens ne doivent jamais se laisser entraîner à considérer leur art comme un sport et rechercher l'honneur singulier de détenir le record de la rapidité opératoire ; enfin *jucunde*, mot qui paraît tristement ironique quand il s'agit de porter le couteau dans les chairs d'une vivante. Cependant le gynécologiste doit se souvenir de ce dernier terme du précepte hippocratique ; il doit mettre toute sa délicatesse à blesser le moins possible les pudeurs qui s'effarouchent et, levant les yeux vers un ciel de nos jours singulièrement dépeuplé, il doit toujours y voir rayonnante la grande figure de la Pitié.

Nous ne dirons pas de quels applaudissements la leçon du Pr Pozzi a été accueillie ; mais en visitant le service du maître, si frais, si coquet, si gracieux avec les fresques qui l'égayent, avec le soleil et la lumière qui y pénètrent de partout amenant avec eux l'espérance, en parcourant ces salles si différentes de tout ce qu'il est convenu d'appeler l'hôpital, les auditeurs ont pu se rendre compte que M. Pozzi avait su, au fond des jardins du vieil et sombre Lourcine, élever un temple riant à la Pitié. J. N.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 1er juin 1901. — Présidence de M. Raillet.

Rachicocaïnisation.

M. Chipault, qui a une connaissance spéciale de la fragilité de la moelle, a résisté à l'emploi de la rachicocaïnisation ; puis, initié par les nombreux faits favorables, il l'a appliquée, surtout dans la chirurgie nerveuse. L'auteur fait la rachicocaïnisation par la voie sacro-lombaire qui permet de pénétrer dans le cul-de-sac sous-arachnoïdien inférieur sans crainte de léser les éléments nerveux.

Dans un cas de rhumatisme aigu et dans un cas de crises gastriques tabétiques, les résultats antidouloureux furent notables. Dans un cas de traumatisme cérébral où il s'agissait de mettre un appareil, la cocaïnisation n'empêcha pas l'application d'être douloureuse ; dans un cas de résection radiculaire à la région dorsale moyenne, il y eut analgésie superficielle ; mais, une fois les méninges ouvertes, l'intervention devient douloureuse et il fallut recourir au chloroforme. Enfin, dans une élongation des nerfs plantaires pour mal perforant tabétique, l'injection fut suivie de paralysie et de rétention d'urine. Il semble donc que dans la chirurgie nerveuse, tant à cause de ses insuccès que des accidents spéciaux qu'elle produit, la rachicocaïnisation est contre-indiquée.

La rachicocaïnisation épidurale n'a pas les mêmes inconvénients. L'auteur, se basant sur des recherches anatomiques relatives à l'espace épidural qui lui ont montré que les organes nerveux contenus dans le canal sacré étaient aplatis contre sa face antérieure, surtout lorsqu'on fléchit les cuisses du sujet, que sa partie postérieure était remplie de graisse et de paquets veineux formant pour

chaque racine un système presque indépendant, de plus que la paroi postérieure du canal sacré était presque placée dans le sens vertical et creusée d'une gouttière médiane verticale, pensa qu'il y aurait avantage à mettre le malade dans la position tête en bas, et en enfonçant l'aiguille dans le canal sacré, non pas de 1, mais de 5 centimètres. Ce petit artifice permet d'exécuter des opérations telles que résection du coccyx, opérations périnéales, rectales et des membres.

Influence de la peau sur la coagulation du sang.

M. Milian.— Le sang du début et de la fin d'une hémorragie coagule plus vite qu'au milieu; les cellules de la peau ouvertes par la piqûre émettent une sécrétion coagulante. Le liquide de l'ascite, non spontanément coagulable, se coagule par une addition d'extrait aqueux de peau. Il résulte de ces notions que la méthode actuelle par l'étude de la coagulation du sang est grossière et ne peut être utilement employée. Elle donne des renseignements sur le pouvoir coagulant de la peau : 1° A côté de la crase sanguine, il y a une crase tissulaire que modifierait une opothérapie spéciale des maladies hémorragiques; 2° l'hémophilie peut être une hémophilie tissulaire, la plus fréquente sans doute, et une hémophilie générale sanguine.

Propriétés chimiotaxiques d'un sérum antituberculineux.

MM. Fernand Arloing (de Lyon) et G. de Gebhardt (de Budapest) ont placé dans la cavité péritonéale du lapin et du cobaye des sacs en baudruche contenant le sérum antituberculineux de MM. Arloing et Guinard, pris sur une chèvre après de nombreuses inoculations sous-cutanées de cultures virulentes de bacilles de Koch. Ce sérum est privé de qualités préventives ou curatives; comparé au bouillon de bœuf ordinaire, à du sérum de chèvre normale, le liquide a paru doué d'un pouvoir chimiotaxique développé. L'action chimiotaxique n'a pas de caractère spécial, car les différentes variétés de leucocytes sont attirées à peu près dans les mêmes proportions que par le sérum de chèvre normale, sauf augmentation des polynucléaires. En conséquence la substance très chimiotaxique qui existe dans ce sérum antituberculineux ne suffit pas à assurer la destruction phagocytaire du bacille de Koch et la protection de l'organisme.

Angine de Vincent.

M. Lansac. — Vincent, dans sa description de l'angine à spirilles et bacilles fusiformes, fait ressortir la ressemblance de cette angine avec la diphtérie proprement dite. L'auteur a observé un jeune homme de 22 ans avec céphalée, fièvre à 39°-3, dysphagie, fausses membranes couvrant l'amygdale, adénopathie sous-maxillaire ; l'examen bactériologique seul a permis de différencier. L'ensemencement du sérum ne donna pas de bacille de Lœffler, par contre le frottis de fausse membrane montra le spirille et le bacille fusiforme en proportion colossale et à l'état exclusif: le spirille disparut et le malade guérit en douze jours.

M. Simonesco, ayant examiné la vésicule biliaire de mille bovidés, a trouvé deux fois seulement des calculs, tandis que sur 240 autopsies humaines il les a trouvés cinq fois. Le calcul des bovidés est friable, jaune d'or.

Préservation contre les moustiques.

M. Onimus. — Les divers enduits de teinture ne protègent pas des piqûres des moustiques; l'essence de pyrèthre débarrasse le mieux, mais est toxique. — Le soir, un violent courant d'air dans l'appartement débarrasse l'air.

M. Giard ne croit pas que l'aération suffise. A Vimereux, le laboratoire, bien ventilé, n'en est pas exempt.

M. Michon préconise l'emploi de toile métallique aux fenêtres.

M. Lapicque dit que dans la presqu'île de Malacca les indigènes en s'induisant de teinture de benjoin se défendent contre certains moustiques, mais il en est contre lesquels aucune teinture ne prévaut.

M. Laveran rappelle qu'à Djibouti et à la Nouvelle-Calédonie on rencontre l'anopheles dans les régions à fièvre palustre tandis que dans les régions saines on ne trouve que le culex. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 juin 1901.

Les causes de la fièvre typhoïde.

M. le Pr Chantemesse lit sur ce sujet un important mémoire étudiant en particulier la recherche du bacille d'Eberth dans l'eau potable et dont voici les conclusions:

1° *Hygiène publique.* La méthode permettant de découvrir assez rapidement dans l'eau la présence du bacille typhique, et même de reconnaître s'il y a pénétré depuis longtemps, laisse aux hygiénistes la possibilité d'examiner une eau suspecte avant qu'elle ait produit des désastres, ou, tout au moins, au début d'une épidémie. Elle leur donne surtout *l'indication de mettre en décharge l'eau d'une source ou d'une canalisation, lorsque la présence du bacille typhique y est constatée.* — 2° *Etiologie de la fièvre typhoïde.* L'origine hydrique de la fièvre typhoïde tire sa source de la présence du bacille typhique dans l'eau potable ; mais le nombre et surtout la qualité de ces bacilles varient beaucoup. Ces germes sont parfois nombreux et virulents, parfois rares et affaiblis. Dans ce dernier cas, les conditions secondes d'étiologie de la fièvre typhoïde prennent une importance capitale. Ce sont elles que la médecine traditionnelle a de tout temps, et à juste raison, invoquées. Le surmenage, la misère physiologique, et peut-être une qualité particulière (estivo-automnale) de la flore intestinale, réalisent pour les bacilles typhiques ingérés quelque chose d'analogue à l'influence du milieu de prolifération et de rajeunissement dont l'auteur a parlé.

Un sanatorium pour lépreux.

Les conclusions de M. Besnier autorisant ce sanatorium mais réclamant la possibilité d'une surveillance par l'Académie sont adoptées.

M. Brouardel demande d'étendre cette surveillance à tous les sanatoriums pour maladies contagieuses. Les sanatoriums pour tuberculeux peuvent, en particulier quand leur antisepsie est insuffisante, devenir pour le voisinage un danger réel. Des faits de contagion multiples ont été observés provenant d'établissement mal surveillés. Or, actuellement, toute intervention officielle est souvent impossible.

Kystes dermoïdes.

M. Chavasse rapporte un fait d'opération du kyste huileux du sourcil et M. Mouchet un fait d'opération de kyste dermoïde de la région sacrée. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 mai 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Gastrite chronique et thrombose d'une veine sus-hépatique.

M. Rendu a soigné, dans son service, un malade de 35 ans, qui souffrait violemment d'une distension de l'abdomen L'examen révélait une quantité notable de liquide épanché, mais surtout du tympanisme. Après une paracentèse, la palpation permit de percevoir une tumeur dure qui paraissait faire corps avec l'estomac. Le foie était volumineux et les veines cutanées de l'hypochondre droit très dilatées. On crut le malade atteint d'un cancer de l'estomac. Il mourut. L'autopsie montra que l'on avait affaire, non à un cancer, mais à une gastrite chronique avec sclérose et hypertrophie de l'estomac, suivie d'une phlébite oblitérante d'une veine sus-hépatique. Toutes ces lésions sont la conséquence de l'alcoolisme chronique.

M. Lesage présente un malade atteint d'*hypertrophie des muscles temporaux et masseters* survenue à la suite de la fièvre typhoïde.

M. Boinet (de Marseille) envoie, à la Société une intéressante observation de *méningite cérébro-spinale suppurée*, guérie par les bains chauds et le calomel.

La Société se constitue en comité secret. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 mai 1901. — Présidence de M. Reclus.

L'analgésie cocaïnique par voie lombaire.

M. Walther a fait, dans son service, avec l'emploi de la rachicocaïnisation, l'ablation de végétations vulvaires; la malade, qui avait quitté le service une heure après, dut revenir par suite d'une douleur rachidienne fort intense avec raideur de la même région; ces accidents, durant depuis quelques jours, commencent à s'amender; il y a donc eu là des accidents de méningisme qui durent depuis 8 jours.

M. Guinard se demande si les accidents de l'analgésie lombaire — céphalalgie et vomissements — ne sont pas dus à l'augmentation de pression intra-rachidienne; il a soin de laisser écouler juste autant de liquide céphalorachidien qu'il injecte de cocaïne; dans plusieurs cas, cette pratique n'a pas été suivie de troubles.

M. Tuffier, pour clore la discussion sur la rachicocaïnisation, demande à ses collègues d'employer la méthode, pour l'essayer et en apprécier toute la valeur et la bénignité, dans les cas où l'anesthésie générale est nettement contre-indiquée.

Hystérectomie abdominale totale pour rétrécissement cicatriciel du vagin.

M. Delbet présente un rapport sur un travail de M. Lévêque (de Saint-Germain-en-Laye), concernant un cas d'atrésie du vagin, à la suite d'injection d'acide sulfurique — on dut, dans ce cas, pour sauver la femme et l'enfant, faire une opération césarienne et l'on retira un enfant vivant. — On fit une hystérectomie abdominale totale, et la malade, après quelques accidents fébriles, s'en tira parfaitement; cette conduite paraît à M. Delbet absolument justifiée. Schwartz.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

I. La fièvre typhoïde dans les pays chauds (régions prétropicales, Algérie); par J. Crespin. 1 vol. in-8°, 192 p. (Paris, libr. Baillière, 1900.)

I. — L'étude de M. Crespin est des plus intéressantes, car elle est basée sur une série d'observations personnelles, consciencieusement relevées et des plus complètes. Il y a même des points de vue nouveaux, ou rénovés, grâce aux récents progrès de la clinique associée à la bactériologie. C'est ainsi que la fièvre typhoïde en Algérie revêt dans le tiers des cas *la forme hépatique* : le début est brusque, la température irrégulière et à grandes oscillations : on pense aussitôt à une fièvre intermittente ou rémittente paludéenne; il n'en est rien; il s'agit d'une fièvre éberthienne, modifiée par le foie, une sorte de fièvre irrégulière hépatique. Bientôt le foie s'hypertrophie, devient douloureux; les urines renferment de l'urobiline et des pigments modifiés, parfois des pigments vrais; les hémorragies intestinales sont fréquentes, et le tableau morbide se continue avec des alternatives d'aggravation ou d'amélioration pendant un temps variable. Mais la convalescence ne débute guère avant le quarantième jour, et la rechute est presque de règle.

Cette forme est d'autant plus intéressante qu'elle rappelle la discussion encore pendante de la fièvre typho-malarienne. A côté de la forme hépatique, à fièvre intermittente, et indépendante du paludisme, il existe, en effet, une association de la fièvre typhoïde et du paludisme : la clinique le prouve surabondamment et M. Vincent a pu colorer, dans la rate d'un individu mort de typho-malaria, à la fois le bacille d'Eberth et l'hématozoaire de Laveran. L'Arabe peut contracter la fièvre typhoïde, quoi qu'en aient dit Baudin, Longuet, Vincent, etc.; mais il la contracte dès le jeune âge, et la maladie évolue chez lui le plus souvent d'une façon presque latente; le séro-diagnostic permet cependant de prouver la réalité de l'infection.

Tels sont les principaux chapitres de l'ouvrage; il en existe d'autres, des plus intéressants aussi, et qui prouvent à leur tour combien les conditions climatériques sont capables de modifier la réaction de l'organisme et le mode d'action d'un microbe.

II. — Le pneumocoque et les pneumococcies; par Lippmann. 1 vol., 96 p. (*Actualités médicales*, Paris, 1900.)

II. — Le pneumocoque est peut-être le microbe ayant donné lieu au plus grand nombre de travaux ces dernières années. Aussi nos connaissances à ce sujet se sont-elles considérablement étendues, et on les trouvera parfaitement consignées dans l'ouvrage de M. Lippmann. Après avoir étudié le pneumocoque en tant que microbe de laboratoire, l'auteur aborde la partie la plus intéressante pour le médecin, c'est-à-dire la pneumococcie humaine, représentée en premier lieu par la pneumococcie, puis par la congestion pulmonaire, les arthrites, péritonites, méningites à pneumocoques, toutes localisations des plus fréquentes. Aussi, en présence de l'importance toujours croissante du pneumocoque en pathologie humaine, a-t-on recherché si la sérothérapie pneumococcique était possible. Assurément, les résultats obtenus par Klemperer, Mosny, Foa et Carbone, Harnett sont encourageants; mais nous ne possédons pas encore le remède absolu et spécifique de la pneumococcie, ainsi que le fait remarquer Landouzy dans son remarquable traité de la sérothérapie.

III. — Les maladies des pays chauds; par B. Scheube. 1 vol. in-8°, 661 p. 2 édit. (Iena, 1900.)

III. — L'ouvrage de M. Scheube ne fait pas double emploi avec les ouvrages déjà parus sur les maladies des pays chauds, ceux de Roth, Manson, Le Dantec, Brault, etc.; car, outre qu'il renferme les dernières découvertes cliniques et bactériologiques, il traite, d'une façon succincte et néanmoins complète, de la presque universalité des maladies des pays chauds, maladies d'ordre infectieux ou toxique, maladies causées par des parasites animaux. Chaque chapitre se termine par un index bibliographique international et complet de tous les travaux parus récemment sur le sujet traité; enfin, l'ouvrage contient de très belles photogravures de certains types morbides et plusieurs cartes géographiques indiquant la distribution ordinaire des principales maladies décrites.

IV. — Trois cas de tuberculose pulmonaire traités par la tuberculine R; par W. Murrell. (*Lancet*, 16 juin 1900.)

IV. — Les injections de tuberculine R ne semblent pas avoir donné des résultats très favorables à W. Murrell. Sauf dans un cas, aucune amélioration ne fut constatée; aussi ce traitement nouveau par la tuberculine T. R. ne semble-t-il pas à l'auteur devoir être préféré aux traitements antérieurement pratiqués.

V. — La thérapeutique de la tuberculose; par Lawrence Flick. (*Therapeutic gaz.*, 15 janvier 1900.)

V. — Le traitement de la tuberculose n'est pas univoque, et varie suivant les conditions dans lesquelles se trouve le malade. L'auteur passe en revue les diverses médications prescrites généralement : celles qui tendent à augmenter le pouvoir de résistance du patient (strychnine, digitale, toniques végétaux, stimulants diffusibles, suralimentation suivie ou non de l'usage de ferments digestifs), celles qui s'adressent directement au bacille de Koch (sérums divers, iodoforme, arsenic, et même, pour Lawrence, tous les composés iodés). S'il s'agit d'une tuberculose avancée, avec infections secondaires broncho-pulmonaires, expectoration abondante, la créosote devient le médicament de choix, à condition de l'employer à doses élevées.

VI. — Division dans les diabètes; par W. Pavy. (*The Lancet* 16 juin 1900.)

VI. — La classification proposée est d'usage en France depuis fort longtemps; on distingue, en effet, la glycosurie alimentaire du diabète vrai. Mais Pavy comprend sous le nom de *diabète alimentaire*, non seulement la glycosurie simple, mais aussi le diabète bénin, caractérisé uniquement par la présence constante de sucre dans les urines, sans acé-

tone, acide oxybutyrique, etc. Le *diabète composé* correspond au diabète grave des auteurs français. Outre la présence de symptômes plus ou moins graves, on constate dans ce cas que les urines renferment le plus de l'acétone, de l'acide diacétique, de l'acide bi-oxybutyrique, acétone acétique, etc., à côté de quantités variables de glycose, et que l'on met en évidence par la réaction de Gerhardt (réaction par le perchlorure de fer). De plus, étant donné que l'acide oxybutyrique est lévogyre, la déviation polarimétrique dextrogyre due à la glycose ne correspond pas à la quantité réelle de glycose, et sera moins prononcée. Bien plus, si l'on soumet les urines à la fermentation alcoolique, la déviation dextrogyre disparaît pour faire place à une déviation lévogyre. C'est que la glycose a été détruite par la fermentation, et la déviation à gauche, due à l'acide butyrique, n'étant plus contrecarrée, se produit avec une intensité variable.

VII. — Etiologie et prophylaxie de la tuberculose pulmonaire; par J. Ruhemann. 1 vol. in-8, 88 p. Iena, Fischer, edit., 1900.)

VII. — On admet souvent que la tuberculisation ne se produit que si l'organisme est en état de réceptivité. Pour Ruhemann, cet état de réceptivité est le fait capital dans l'étiologie de la tuberculose, l'apport bacillaire, bien que nécessaire, jouant un rôle moindre. Certains faits bien enregistrés tendent à le prouver; ainsi on a signalé la présence du bacille de Koch chez des individus bien portants, dans les ganglions trachéo-bronchiques (Loomis, Pizzini), dans les sécrétions nasales (Straus), etc. Si, dans ces cas, il n'y a pas eu tuberculose, c'est que l'organisme n'était pas en état de réceptivité. L'auteur n'hésite pas à généraliser les conclusions qui découlent de ces quelques observations; ce qui est au moins discutable. Le point le plus intéressant de son travail a trait à l'influence de la grippe sur l'apparition et l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Le fait est communément admis; mais Ruhemann apporte une série d'observations, toutes concordantes, et qui démontrent amplement l'action, souvent funeste, d'une simple infection grippale sur la production d'une tuberculose consécutive.

VIII. — L'agglutination du pneumocoque: par V. Griffon. Thèse de doctorat Paris, 1900).

VIII.—Le rôle du pneumocoque, non seulement comme agent principal, mais aussi comme agent d'infection secondaire, est considérable en pathologie humaine; la constatation du phénomène de l'agglutination le prouve surabondamment, ainsi que l'a montré l'auteur. Mais la propriété agglutinante du sérum ne peut pas être mise en évidence par le procédé usuel de séro-diagnostic de Widal; il est nécessaire de recourir à une technique spéciale, la culture à 37° C. du pneumocoque dans le sérum du malade, sans addition d'un autre milieu de culture. Dans ces conditions, le microbe se développe sous forme de colonies en grumeaux, et le microscope montre sa disposition en amas ou en longues chaînettes tortueuses. La séro-réaction ne devient positive qu'au bout d'un septenaire; dans la pneumonie par exemple, à la fin de la période fébrile, elle atteint souvent son degré maximum le jour même de la défervescence. Dans les septicémies pneumococciques, par contre le pouvoir agglutinant manque ou n'est qu'ébauché.

Il faut reconnaître cependant que la technique de cette réaction est des plus délicates, si on la compare à celle de Widal pour la fièvre typhoïde; aussi cette séro-réaction du pneumocoque constitue-t-elle surtout un procédé de laboratoire.

IX.— Etiologie de la dysenterie; par Celli et Valenti. (*Centralb. fur Bakt.*, 1899.)

IX. — Malgré toutes les recherches de ces dernières années, nous ne sommes pas encore fixés définitivement sur la nature de l'agent producteur de la dysenterie des pays chauds. L'opinion la plus accréditée considère cette maladie comme une conséquence d'une infection amébienne du gros intestin. Tel n'est pas l'avis de Celli et Valenti, qui ont isolé des matières diarrhéiques un bacille très virulent, analogue au colibacille et au microbe décrit par Chantemesse et Widal, sous le nom de bacille de la dysenterie. Les toxines de cette bactérie sont très actives; inoculées à un âne, elles permettent d'obtenir un sérum antitoxique que les auteurs ont expérimenté dans six cas de dysenterie grave. L'injection sous-cutanée de 10 cc. de ce sérum amena la rétroversion de tous les accidents du deuxième au cinquième jour. Ces résultats ne sont évidemment pas une preuve péremptoire de la spécificité du microbe isolé par Celli et Valenti. Mieux eût valu pour cela rechercher si le sang des dysentériques agglutinait le microbe. Néanmoins ces résultats sont encourageants au point de vue thérapeutique; d'ailleurs la méthode répond bien à la réalité; car il est évident que l'intoxication dysentérique dépend, pour une bonne part, de la résorption des poisons sécrétés par les nombreux microbes intestinaux devenus virulents.

X. — Etude sur le microbe de la péripneumonie; par Dujardin-Beaumetz. Th. D., Paris, 1900).

X.—Le microbe de la péripneumonie bovine a été étudié pour la première fois, d'une façon rigoureuse, par MM. Roux et Nocard, au Congrès d'hygiène de Madrid (1898). La communication de ces deux savants ouvrait des horizons nouveaux en bactériologie; il était possible, en effet, de révéler, par la culture, des organismes invisibles au microscope. M. Dujardin-Beaumetz, collaborateur de M. Roux, a repris ces intéressantes études, dans sa thèse inaugurale. Les microbes de la péripneumonie bovine n'apparaissent au microscope, même avec les plus puissants grossissements, que sous forme de points infiniment petits, appréciables seulement lorsqu'ils sont en amas; ils donnent alors l'impression d'une fine poussière, qui se colore par les couleurs d'aniline, mais ne garde pas le Gram. Leur diamètre infime explique leur passage à travers les pores d'un filtre de porcelaine. Ils ne végètent pas sur les milieux usuels des laboratoires ; il est nécessaire d'y ajouter une certaine quantité de sérum sanguin, de 6 à 8 0/0 en moyenne. Le meilleur milieu est constitué par l'addition de sérum, en proportions convenables, au bouillon peptoné, préparé d'après la méthode de Martin. Les microbes de la péripneumonie donnent à ce milieu une opalescence notable. Sur gélose-sérum les colonies sont très minces, mais de diamètre assez notable, de 0 millim. 5 à 1 millimètre environ. Aussi est-il préférable de les étudier à la loupe.

Ces cultures sont virulentes pour les ruminants ; elles sont employées avec succès dans les inoculations préventives, faites d'après le procédé de Willems, et remplacent ainsi avantageusement l'usage de la sérosité pulmonaire.

XI. — Contribution à l'étude de la culture du bacille de la lèpre ; par M. Teich (*Centralb. f. Bakt.*, 1899).

XI. — Le bacille de la lèpre est considéré comme ne se développant pas sur les milieux usuels de laboratoire. Cependant Bordoni-Ufreduzzi, Babès, Gaplenski, Lévy et surtout Spronk prétendent avoir obtenu des cultures du bacille de Hansen. Teich, de son côté, dans cinq ans, a ensemencé des fragments de léprôme sur des tranches de pomme de terre, arrosées d'une solution de 5 0/0 de soude; et il a vu se développer des cultures, formées uniquement de bacilles minces, se colorant par la méthode d'Eterlech, revêtant en un mot tous les caractères du bacille de la lèpre.

XII. — Ce que deviennent les microbes pathogènes dans les cadavres enterrés ; par Klein. (*Centralb. f. Bakt*, 1899.)

XII. — Les résultats obtenus par Klein sont en contradiction avec ceux obtenus sur le même sujet par d'autres auteurs. C'est ainsi que le prodigiosus et le staphylocoque doré succomberaient au bout de six semaines d'enfouissement; le bacille du choléra, de la peste et de la fièvre typhoïde au bout de 21 à 28 jours ; celui de la diphtérie au bout de deux semaines seulement ; et enfin celui de la tuberculose au bout de 50 jours.

A. R.

XIII. — Les leucocytoses dans la rougeole ; par A. Renaud. Thèse de doctorat Lausanne, 1900).

XIII. — Dans la rougeole normale, la formule leucocytaire est caractéristique ; à la période d'incubation, il y a hyperleucocytose, portant sur les leucocytes polynucléaires neutrophiles surtout accessoirement sur les leucocytes polynucléaires acédophiles, et les myéloplaxes ou leucocytes de la moelle osseuse. Mais dès l'apparition de l'énanthème, puis de l'exanthème, apparaît

l'hypoleucocytose, caractérisée par la diminution des leucocytes polynucléaires neutrophiles et des myéloplaxes, et par la disparition des acédophiles. Les mononucléaires seuls ne subissent que peu ou pas de diminution. La leucocytose rentre progressivement dans la normale, au moment de la desquamation. Si la rougeole est ou doit être compliquée, la leucocytose n'a plus la marche typique que nous venons de voir. Il n'y a plus d'hypoleucocytose à la période d'éruption, mais bien hyperleucocytose, avec conservation des éléments acédophiles. Cette augmentation est bien plus sensible pendant la desquamation. Ces diverses recherches offrent un grand intérêt ; elles fournissent même un nouveau symptôme prodromique de la rougeole. En effet, d'après l'auteur, l'hyperleucocytose débute avec l'infection, c'est-à-dire au moins dix jours avant toute éruption des muqueuses ou de la peau. Ce qui, au point de vue prophylactique, présente un grand intérêt. Quand, dans une agglomération quelconque d'enfants, éclate une épidémie de rougeole, on éloigne les jeunes sujets, indemnes de rougeole en apparence, et l'on est tout surpris, au bout de quelques jours, de voir de nouveaux cas de maladie parmi les enfants soustraits à la contagion. L'examen du sang, suivant l'avis de M. Renaud, permettrait d'éviter pareille confusion, et d'isoler à coup sûr les enfants indemnes de rougeole de ceux qui sont en état d'incubation.

XIV. — Manuel de bactériologie clinique ; par M. Funck. 1 vol., 185 p. (Bruxelles, 1900, Lamertin, édit.)

XIV. — La mode est actuellement aux traités volumineux et souvent encombrants. Force est donc de mettre en parallèle les petits manuels que publient maints auteurs, afin de parer aux inconvénients des ouvrages trop copieux pour la majorité des médecins. Le traité de M. Funck répond à ce besoin. Après avoir envisagé d'abord la technique microscopique, c'est-à-dire la façon de faire une bonne préparation colorée de microbes, puis la technique bactériologique générale, c'est-à-dire les divers modes d'ensemencements et de cultures, l'auteur passe à l'étude des diverses bactéries pathogènes pour l'homme, avec leurs caractères microscopiques, biologiques et pathogènes les plus importants. De nombreuses planches coloriées aident à la compréhension du texte. Puis le manuel se termine par un exposé clair et succinct de l'état actuel de la question de l'immunité, question qui prend tous les jours de plus en plus d'importance.

REVUE DE JURISPRUDENCE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. Lirmin-Lipman, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel.

I. — Responsabilité des médecins.

I. — Le tribunal de la Seine a rendu, le 29 mars 1899, une décision aux termes de laquelle des applications fréquentes et prolongées de rayons X peuvent, quand elles occasionnent des brûlures, mettre en cause la responsabilité du médecin traitant et donner lieu à des dommages-intérêts.

Il s'agissait dans notre espèce d'une malade atteinte de névrite crurale gauche, et le médecin avait à trois reprises successives exploré la région malade à l'aide de rayons X. La durée des poses avait été de quarante, puis de quarante-cinq minutes, la dernière de une heure et quart. Une brûlure du [illegible]e degré de la cuisse et du bas-ventre s'était produite à la suite de ces expériences.

Le tribunal, après expertise, a rendu responsable, aux termes de l'article 1382 du Code civil, le médecin traitant, de ces brûlures.

Nous n'avons pas ici les éléments nécessaires pour discuter la question de savoir si en fait les brûlures avaient été produites par l'application des rayons X ou par d'autres causes. Le médecin poursuivi avait soutenu, pour se disculper, que cette complication avait d'autres sources, notamment le fait par la malade d'avoir suivi plusieurs traitements, ce qui avait contribué à transformer une plaque de chaleur épidermique en véritable plaie. Ce qui est certain, c'est que chaque jour la jurisprudence tend à aggraver la responsabilité des médecins, et va jusqu'à incriminer la faute même légère. Ce raisonnement, nous le reconnaissons, procède d'une analyse exacte de l'article 1382, mais peut avoir au point de vue scientifique des conséquences que la jurisprudence ne prévoit peut-être pas (1). D'abord il n'est pas toujours aisé quand il s'agit d'une faute légère de savoir si la complication du mal a pour cause unique l'inexpérience ou l'imprudence du praticien ; il y a toujours dans un traitement un aléa que l'on ne peut éliminer, et élargir à ce point la responsabilité du médecin, c'est le condamner à l'abstention, à la méthode des « bras croisés ». Signalons toutefois un jugement du tribunal de Bourgoin (24 janvier 1896) qui n'admet de responsabilité pour le médecin qu'en cas « de faute grossière tombant sous le sens ».

Il faut faire un départ entre cette formule un peu étroite et les termes véritablement par trop extensifs de certains jugements et arrêts.

II. — Recouvrement d'honoraires.

II. — Les médecins éprouvent souvent des difficultés à recouvrer leurs honoraires quand des tierces personnes les appellent au chevet des malades, et que ces dernières sont mises en demeure d'acquitter les notes d'honoraires.

Quand il s'agit de mineurs, de femmes mariées, c'est le père ou le mari qui répond, aux termes des articles 203, 335, 1409, des obligations nées à l'occasion des soins donnés par le médecin. Mais quand il s'agit d'un tiers qui a appelé le médecin chez le malade, ou d'un maître qui a fait donner des soins à son domestique (2), quel recours le médecin a-t-il contre ces diverses personnes?

La jurisprudence est large pour le mode de preuve, quand c'est le médecin qui actionne le malade ; on conçoit que, dans ce cas, ce dernier n'a pas demandé de preuve écrite au malade, parce que les usages s'y opposent ou que le malade n'a pas été en état de la donner. Mais, quand il s'agit de tiers, la jurisprudence est plus exigeante : elle les considère comme des cautions, et comme le cautionnement ne se présume pas, et qu'il doit être formel, la preuve s'administre par écrit. Nous examinerons dans un prochain article sous quelles conditions et dans quels cas on peut actionner les tiers.

BIBLIOGRAPHIE

La chaleur radiante lumineuse, agent thérapeutique; par le Dr Guyénot. Maloine, éditeur, 1901.

Les applications médicales de la chaleur radiante lumineuse ne datent que de quelques années : et cependant, déjà, les résultats obtenus en Angleterre par le Dr H[illegible]dley, médecin au « London Hospital », et par le Dr Douglas Kerr de Bath, ont été assez favorables pour que, dans ce pays, se soient montés plus de quarante établissements où se fait l'administration de ce mode de traitement.

En France, il est resté jusqu'ici sans applications : le Dr P. Guyénot (d'Aix-les-Bains), le premier, en a étudié l'action physiologique et les indications et vient de faire paraître à ce sujet une brochure très intéressante et qui lui fait le plus grand honneur.

La première partie de son travail est consacrée à un exposé rapide, mais très clair des propriétés physiques de la chaleur radiante lumineuse, propriétés dont quelques-unes sont fort curieuses et cependant assez généralement peu connues du corps médical : puis à la description des appareils utilisés pour l'application de ce mode de traitement : « Appareils Dowsing » et à la technique de cette application. (Bains généraux; bains locaux.)

Dans la seconde se trouvent consignés les résultats de ses recherches au double point de vue de l'action physiologique

(1) Cass. 28 juillet 18[illegible]2. — *Tribunal civil de Rouen*, 1896.

(2) Nous réservons pour le moment la question de savoir dans quel cas il y a engagement personnel du maître.

et des indications thérapeutiques. Voici, en quelques mots les faits les plus importants de cette étude :

1° Le corps humain peut supporter, avec la chaleur radiante lumineuse, des températures très élevées et auxquelles il est impossible de le soumettre avec les autres modes d'application de la chaleur. Le bain complet de Dawsing peut, en effet, être porté sans danger jusqu'à 205° C., les bains locaux des membres jusqu'à 260° C.;

2° Sous leur influence, il y a rougeur très marquée de la peau; transpiration abondante; accélération du pouls et élévation temporaire de la température du corps.

Augmentation des matériaux solides de l'urine, particulièrement de l'urée et de l'acide urique; le volume de l'urine émise en vingt-quatre heures, restant presque toujours augmenté en dépit de l'abondance des sueurs. Suractivité des fonctions de la nutrition générale et d'élimination des produits d'oxydations organiques.

Enfin, point très particulier, action sédative très caractérisée sur le symptôme douleur : immédiate dans les accès de goutte aiguë, elle apporte un soulagement considérable, dès la première application, dans les affections rhumatismales et dans les traumatismes.

De cet exposé découlent les principales indications des bains Dawsing, à savoir : la goutte dans ses crises aiguës ; les différentes formes de rhumatisme chronique ; le rhumatisme blennorrhagique ; le rhumatisme déformant; la névralgie sciatique; la phlébite ; certains cas de néphrites ; certaines maladies générales (obésité, anémie, débilité générale, diathèse arthritique), les contusions, entorses et les suites de fractures et de luxations.

Le Dr Guyénot vient de doter Aix d'une double installation de bains Dawsing ; et, comme cela se passe à Bath notamment, certains malades peuvent obtenir les meilleurs résultats de la combinaison de la cure thermale avec le traitement par la chaleur radiante lumineuse. Les cures mixtes commencent du reste à prendre de jour en jour une plus grande extension, et à ce propos il n'est peut-être pas sans intérêt d'appeler l'attention sur les progrès qui ont été récemment réalisés à Aix-les-Bains. Indépendamment des agrandissements et améliorations dont l'établissement thermal vient d'être l'objet, la station possède depuis 1899 : un institut Sander admirablement aménagé ; un institut d'électrothérapie avec courants galvaniques, faradiques, sinusoïdaux, ondulatoires, de haute fréquence à courants de Morton. Electricité statique ; bains hydroélectriques, électrolyse ; radioscopie et radiographie. Massage vibratoire. Bains médicamenteux et bains de Nauheim.

Aix s'est ainsi transformée pour devenir une station modèle ; à ses eaux si anciennement réputées, sont venus s'ajouter les différents procédés de traitement par les agents physiques, en sorte que de nombreux malades peuvent y trouver tous les éléments nécessaires à leur rétablissement. J. N.

La Salubrité; par Emile Trélat. (E. Flammarion, 26, rue Racine, Paris.)

Ce volume fait partie d'une série dont le titre général est *la Vie nationale* ; il est le septième des volumes parus à cette date, volume qui, exception faite pour *la Salubrité*, traitent de matières étrangères à un journal de médecine.

« La salubrité », dit l'auteur, « est la partie de l'hygiène qui définit, ordonne et prépare les milieux favorables à la santé ». Ces « milieux », il les divise en deux classes : milieux *naturels* et milieux *artificiels*. Les premiers se rencontrent « sur les champs de la vie dispersée », où se trouvent plus ou moins disponibles « les grands facteurs de la salubrité : l'air, la lumière, la chaleur, le sol et l'eau » ; les seconds, « dans les villes, où les agglomérations paralysent l'action immédiate de ces facteurs ». Et l'auteur traite, en deux chapitres, de la « salubrité dans la vie dispersée », ou plus simplement, la salubrité à la campagne. Après avoir indiqué les localités insalubres à divers titres, il s'étend longuement sur les conditions de *l'habitation* : orientation ; choix des matériaux ; capacité, aménagement, éclairement et aération des pièces, etc. Il passe ensuite à la *salubrité dans la vie agglomérée*, autrement dit : dans les villes. Un chapitre traite de la salubrité générale, qui incombe à la municipalité : nettoyage, eau de boisson, aération des voies publiques, etc. Pour l'aération des voies publiques, l'auteur préconise, au lieu de l'expropriation « par tranches verticales », l'expropriation « par tranches horizontales », au moins dans les quartiers où la circulation est seulement locale. Pour expliquer son idée, il suffira de dire qu'il voudrait traiter les maisons des petits quartiers comme on a traité, en 1872 ou 1873, le nouvel Hôtel-Dieu, dont on a fait disparaître alors l'étage sous les combles, pour raison de salubrité. Il réserverait, en général, l'expropriation par tranches verticales ou percement des grandes artères, des voies de circulation générale, faisant observer avec raison, selon nous, que les avantages sanitaires des percements à la manière d'Haussmann ou d'Alphand, ont été faibles relativement aux avantages de la circulation qu'ils ont ouverte.

Le chapitre suivant traite de la salubrité *intérieure* de la maison : nettoyage, manutention de l'eau, distribution de l'air, de la lumière, de la chaleur. Pour la manutention de l'eau, pour le nettoyage (expulsion des poussières, des matières usées, etc.), il est difficile d'innover, et l'auteur se borne à indiquer les solutions qu'on a pu voir réalisées, à la dernière Exposition universelle, dans la « maison salubre » de la Ville de Paris. Pour la distribution de la lumière, il n'aime pas qu'aux fenêtres

Quatre rideaux pompeux, par un double contour,
En défendent l'entrée à la clarté du jour.

Il voudrait, tout au moins, que les rideaux, contrairement à l'usage à peu près général, soient appelés à voiler *le bas* de la baie et non *le haut*, par où arrive la clarté directe du ciel. Malheureusement, cette disposition ne nous paraît pas facilement réalisable, avec les rideaux tels qu'on a l'abitude de les suspendre, au moins dans les maisons de Paris.

L'auteur passe ensuite rapidement en revue les établissements collectifs : écoles, lycées, hôpitaux, casernes, prisons, etc., etc., indiquant sommairement les agencements avantageux au point de vue de la salubrité. Enfin, il termine par un chapitre consacré à la désinfection des locaux contaminés, ce qui l'amène à parler du *casier sanitaire* des maisons de Paris, casier qui aurait été achevé en 1899 pour les 72.000 maisons qu'il renferme.

Dans les annexes, qui constituent à eux seuls la moitié du volume, se trouvent réunis les lois et règlements relatifs à la salubrité et à l'hygiène. A. Pujol.

Le massage manuel théorique et pratique
par le Dr Georges Berne (Rueff, éditeur).

Le massage agit à la fois par son action mécanique et par son action réflexe. Il fait charrier le sang veineux et la lymphe, en activant ainsi la circulation. D'après le Dr Maggiora, le massage améliorerait notablement la résistance des muscles en leur permettant de fournir une somme de travail supérieur à celui qui s'obtient après le repos. L'augmentation de la résistance des muscles dépend de la durée du massage ; celui ci fait cesser temporairement l'affaissement ressenti par les muscles pendant un travail très long.

Dans les contusions simples, le massage fait disparaître assez vite la douleur ; dans les contusions articulaires, il prévient les atrophies rebelles. Il améliore les entorses en trois ou quatre jours. C'est un adjuvant indispensable dans le traitement des luxations, des fractures, de l'amyotrophie, etc. Le prodédé que l'auteur emploie consiste en effleurage dans le sens centripède ; en pétrissage, composé du pétrissage, du pincement et des malaxations ; en pressions douces ou fortes, rectilignes, élliptiques et en spirale, terminées par une manœuvre, appelée par l'auteur « le foulage » ; en percussions et en mouvements actifs et passifs.

Le massage est indiqué comme traitement de choix dans les contusions et les entorses ; il donne de bons résultats dans le traitement des kystes séreux, séro-sanguinolents, des hydarthroses, des hémarthroses traumatiques, des arthrites de n'importe quelle nature, sauf des arthrites à l'état aigu. Dans les arthrites tuberculeuses, on peut utiliser le massage, lorsque la douleur a disparu et lorsqu'on ne craint plus de provoquer une nouvelle poussée. Le traitement des fractures par le massage est vulgarisé par le travail de M. Lucas Cham-

pionnière. L'auteur a obtenu de bons résultats par ce traitement déjà en 1884. Il obtint également du succès dans le traitement par le massage des myosites, des névrites, des polynévrites, des sciatiques. L'application du massage dans le traitement des affections nerveuses a pris, grâce aux travaux des massathérapeutes modernes, une grande extension : on soigne avec succès par la kinésithérapie les crampes des écrivains, les paralysies, l'hémiplégie, l'ataxie locomotrice, etc. Le massage rend des services appréciables dans le traitement de la constipation, de la dilatation d'estomac, des affections du foie, des ptoses et des entereptoses ; on peut l'utiliser pour toutes les affections abdominales, excepté les ulcères et les cancers. On a obtenu des améliorations dans le traitement des affections pulmonaires et circulatoires. Halspec a guéri un prurigo intense par le massage, Pospeloff un acnée facial. Dans l'application du massage pour les phlébites, l'auteur recommande la temporisation. Il soigne l'obésité par les manœuvres générales et locales, qui permettent d'obtenir la fonte de la substance adipeuse, accumulée dans le tissu conjonctif. Le massage est employé couramment dans l'orthopédie, surtout dans le traitement du torticolis, du pied bot et des scolioses. Depuis 1872 le massage est employé par plusieurs praticiens dans le traitement des affections oculaires, ainsi que dans celui des affections de l'appareil auditif, du larynx et du pharynx. Estlander appliqua en 1877, pour la première fois, le massage dans la prostatite. En obstétrique l'application du massage est connue par la méthode de Kisteller et celle de Crédé. En gynécologie Brandt, Prochownik et d'autres ont créé toute une méthode, qui a déjà justifié par des nombreux succès l'utilité du massage dans les affections de l'utérus, des trompes et des ovaires. Rose de Hambourg montra que la coccydynie cède rapidement au massage, auquel doit être adjoint l'hydrothérapie chaude ou la balnéation à haute température. Ainsi la massothérapie a pu déjà prouver son utilité comme agent thérapeutique d'une puissance indiscutable. P. Kouindjy.

Théorie et pratique des accouchements en tableaux synoptiques; par P. Bouquet. (1 vol., chez Maloine.)

L'auteur a adopté la formule synoptique, pensant ainsi donner au lecteur plus de facilité pour revoir d'un seul coup d'œil une question quelconque.

L'ouvrage est divisé en plusieurs chapitres et résume les idées actuellement admises et auxquelles l'auteur a ajouté quelques notes personnelles.

Le premier chapitre est consacré à l'anatomie et à la physiologie obstétricale, avec quelques notions sommaires sur le développement de l'appareil génito-urinaire, puis, avant d'aborder l'étude de la grossesse proprement dite, l'auteur donne quelques notions d'asepsie et d'antisepsie obstétricales. Viennent ensuite l'accouchement normal, la délivrance, la dystocie, les opérations, les suites de couches normales et pathologiques. Un long chapitre est consacré au nouveau-né, aussi bien au nouveau-né à terme qu'à l'enfant débile. L'ouvrage se termine enfin par quelques mots sur la pathologie infantile.

Tableaux synoptiques d'Obstétrique; par Sailieu et Lebief. (1. vol., Paris, 1900, chez Baillière.

Cet ouvrage est un résumé des idées généralement admises aujourd'hui en obstétrique, mais c'est un résumé complet et qui comprend toutes les parties de l'obstétrique.

Le lecteur peut ainsi revoir d'un rapide coup d'œil n'importe quelle question.

Ce qui facilite surtout la lecture de l'ouvrage et ce qui en augmente beaucoup la valeur scientifique, ce sont les nombreuses figures qui accompagnent le texte et aident à le comprendre, bien qu'il fut cependant toujours très clair.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1901; par H. Bocquillon-Limousin. J. B. Baillière et fils, éditeur.

Ce formulaire en est à sa *deuxième* édition, c'est dire qu'il est inutile d'en faire l'éloge. Tous les ans, l'auteur y fait d'importantes modifications et de multiples additions. Signalons tout particulièrement, cette année, les articles ayant trait à l'acétopyrine, au cacodylate de gaiacol, au fluoroforme, à la persodine, au saccharate de soude, au traumatol, etc.

Gesammelte Abhandlunger, von Pr Galdscheider. (Leipzig, 1888.)

Sous ce titre, le Pr Galdscheider (de Leipzig) a traité un sujet des plus délicats, dont la première partie a été analysée dans ce journal, et dont la seconde, tout récemment publiée, est consacrée à l'étude du sens musculaire. Ce sujet si aride est traité par l'auteur avec une admirable érudition. Après avoir étudié le sens musculaire normal dans ses différentes modalités, l'auteur envisage ses rapports avec l'ataxie locomotrice, puis il décrit les perturbations de ce sens musculaire, dans les affections du bulbe et il donne de fort intéressantes recherches sur ce sens chez les aveugles.

Le pharynx, anatomie et physiologie; par le Dr Chauveau. (Librairie J.-B. Baillière et fils.)

M. C. Chauveau vient de nous donner, sous ce titre, le premier volume d'une série de travaux qu'il consacrera à l'étude du pharynx ; ce fascicule traite de l'anatomie et de la physiologie de cet organe ; nous lui saurons gré, particulièrement, pour l'étude si complète et si intéressante qu'il a consacrée à l'anatomie comparée, et surtout à la physiologie du pharynx ; non pas que cette physiologie ne commence à être à peu près élucidée en ses traits essentiels, mais l'auteur a su lui donner un intérêt tout particulier en étudiant point par point et donnant l'historique à l'appui, la part que prend le pharynx dans les différentes fonctions dont le carrefour des voies digestive et respiratoire est le siége. Ce volume intéressera certainement le lecteur qui y trouvera la mise au point de toutes les connaissances actuelles sur ce sujet, vérifiées et contrôlées par les recherches personnelles de l'auteur. X.

Récits de la vie médicale; par H. Tondeur. 1 vol., 200 p. in-12. (Paris, Soc. d'édit. littéraires, 1900.)

Combien d'entre nous trouveront dans cette gerbe de nouvelles, concises et ciselées dans le vif, les mille situations d'où le praticien sort ému, rêveur, et avec un souvenir rivé dans l'âme ! En lisant « Cauchemar, Souvenance,... Economie, Arlequin, la Nourrice, etc. », on trouve successivement de la sensibilité touchante, puis une élévation qui fait place à l'humour et à l'ironie quelquefois amère, avec la mise à nu de tant de cruautés et d'injustices sociales connues du seul médecin à qui s'ouvrent toutes les misères. Pour nous, ce défilé de tableaux a toute la saveur des histoires vraies et des choses vécues. F. B.

Evolution du carbone et de l'azote dans le monde vivant. par M. P. Mazé, ingénieur agronome, docteur ès sciences, préparateur à l'Institut Pasteur. G. Carré et Naud, éditeurs, Paris.

Les végétaux empruntent au règne minéral les éléments dont ils sont constitués ; les animaux tirent leurs aliments du règne végétal d'une manière plus ou moins directe, et lorsque la vie disparaît de la matière organisée, celle-ci fait retour au monde minéral grâce aux phénomènes de fermentation qui s'accomplissent dans la terre.

Cette migration des éléments susceptibles d'entrer dans le cycle vital, constitue l'un des problèmes les plus intéressants de la chimie physiologique. C'est celui que M. Mazé expose à grands traits dans un petit opuscule de 110 pages, sous le titre *Évolution du carbone et de l'azote.*

L'ouvrage se divise en trois chapitres qui traitent ; le premier de l'organisation du carbone et de l'azote par les végétaux supérieurs ; le deuxième de la dégradation de la matière organique par les animaux ; le troisième de sa minéralisation et de sa gazéification sous l'influence des actions microbiennes qui se déroulent principalement dans le sol.

L'auteur s'attache surtout à mettre au point les grandes questions qui préoccupent en ce moment les chercheurs ; aussi l'historique ne languit pas ; et pour être complet, il ne recule pas devant l'exposé des nombreuses hypothèses qui ont été imaginées pour essayer d'interpreter le mécanisme de la synthèse biologique des matières hydrocarbonées, des matières grasses et des matières azotées. — Le paragraphe relatif à la fixation de l'azote libre par les microbes seuls, ou associés aux végétaux de chlorophylle est également à noter.

Le livre de M. Mazé ne se recommande pas seulement aux spécialistes qui recherchent avant tout une étude d'ensemble

sur une question à l'ordre du jour; il s'adresse aussi bien à tous ceux qui, de près ou de loin, s'intéressent à la biologie; c'est un double but que l'auteur a fort heureusement atteint en rappelant comme mémoire les faits acquis depuis longtemps de façon à constituer un tout bien ordonné, et en se réservant toute latitude pour développer les problèmes d'actualité. Ce travail fait le plus grand honneur à son auteur. P. YVON.

Sur la durée de vitalité des microbes projetés avec de fines gouttelettes; par F. KIRSTEIN (*Zeitsch. f. Hyg.*, 1900.)

Chaque mouvement de toux projette dans l'atmosphère une grande quantité de fines gouttelettes. D'après Flügge ces gouttelettes, contenant chacune une ou plusieurs bactéries, constitueraient le mode de dissémination le plus actif des microbes contenus dans les voies respiratoires des malades. De nombreuses expériences faites sur des tuberculeux semblent démontrer la réalité de ce mode de contage. Cependant, et c'est là le mérite du travail de Kirstein, ces microbes ainsi projetés dans l'atmosphère semblent avoir une vitalité moindre que ceux renfermés dans les crachats desséchés. La chose du moins est démontrée pour le bacille typhique et le vibrion cholérique.

Étiologie de la scarlatine; par W. CLASS (*The Lancet*, 1900.)

Si l'on est unanimement d'accord pour admettre l'origine infectieuse de la scarlatine, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'en déterminer le parasite. Ce n'est pas que d'innombrables bactéries n'aient été décrites comme agents de la scarlatine. Cette abondance incite précisément à la réserve. Cependant W. Class, après tant d'autres, affirme avoir retiré du sang de scarlatineux un diplocoque, plus volumineux que le gonocoque, cultivant bien sur les milieux usuels, et en particulier sur la gélose nutritive; une culture inoculée sous la peau d'un porc blanc amènerait après quelques jours d'incubation un érythème généralisé, en tout semblable à celui de la scarlatine. Reste à savoir si la diplocoque de W. Class ne subira pas le sort de ses nombreux prédécesseurs.

Leçons de physiologie expérimentale; par Raphaël DUBOIS, professeur à l'Université de Lyon, et Edouard COUVREUR. (Carré et Naud, éditeurs.)

Dans ce volume, les auteurs publient les leçons de physiologie expérimentale qu'ils ont successivement professées à l'Université de Lyon; comme ils le font remarquer avec une grande justesse, en physiologie, comme d'ailleurs dans toutes les études concernant les sciences médicales, il ne suffit pas d'entendre, il faut voir, il faut toucher du doigt, nous disons même que c'est là la chose essentielle; apprendre la physiologie dans un livre, comme étudier l'anatomie ou la pathologie dans un traité, c'est une chimère; il faut pour l'une le laboratoire, pour l'autre l'école pratique, pour la troisième, l'hôpital. Aussi les leçons expérimentales du Pr Dubois étaient aussi nécessaires que les ouvrages de technique histologique que nous possédons actuellement en abondance; elles permettront à qui voudra s'instruire d'exécuter personnellement les expériences fondamentales de physiologie, de contrôler par lui-même les affirmations parfois erronées ou contradictoires de nos livres, et surtout de saisir le pourquoi des choses avec infiniment plus de facilité. X.

Bactériologie du typhus; par le Dr Andrew BALFOUR. (*In Edinburgh Medical Journal*, décembre 1899.)

L'auteur décrit un diplocoque qu'il a rencontré, d'une façon constante dans les cas de typhus qu'il a pu observer.

Il l'a rencontré dans le sang, recueilli sur le vivant et l'a retrouvé à l'autopsie des sujets morts du typhus. Il a pu le cultiver et l'inoculer avec succès à plusieurs animaux. Le microbe recueilli post-mortem est plus pathogène que celui rencontré sur le vivant.

Ce diplocoque se distingue par ses cultures et par ses contours plus nets des divers staphylocoques, rencontrés dans les couches de la peau et qui peuvent induire en erreur, quand on pratique l'examen bactériologique du sang sur le vivant.

P. RELLAY.

VARIA

Société pour la propagation de l'incinération.

Le 18 mai dernier a eu lieu à l'Hôtel des Sociétés savantes l'assemblée générale annuelle de la *Société pour la propagation de l'incinération*, sous la présidence du Dr BOURNEVILLE, assisté de MM. SALOMON, secrétaire général, Bruhl, Paul Cornet, Lefebvre, membres du Comité d'administration.

Comme tous les ans, M. Salomon nous apprend ce qui a été fait au point de vue de la question en France (province) et à l'étranger. En Angleterre, la Chambre des lords a adopté un bill autorisant les municipalités anglaises à construire des crématoires sans avoir à obtenir l'autorisation du Parlement. Bientôt le petit monument de Wolking, que les Londoniens ne peuvent atteindre que par chemin de fer, fermera ses portes et Londres va posséder un crématoire, dont l'administration sera confiée à une Société au capital de 625.000 fr., divisée en 25.000 actions de 25 francs. Le nombre des incinérations a du reste augmenté dans des proportions assez sensibles. Le lecteur trouvera des renseignements très intéressants dans la quatrième édition du livre de Sir Henry Thompson, président de la Société de crémation d'Angleterre (*Modern Cremation*, London, 1901).

En Allemagne, le progrès s'accentue et la question de la crémation y est vivement agitée. Le 19 août 1900, la Chambre des députés de Wurtemberg adoptait, par 45 voix contre 25, une proposition de loi sur la crémation. Les Sociétés de crémation allemandes sont aujourd'hui au nombre de quarante, possédant ensemble environ 12.000 membres.

Il existe aux Etats-Unis 25 crématoires. En Italie, 22; en Suède, les incinérations sont de plus en plus nombreuses. A Copenhague, on compte pour 1900, 70 incinérations. En Autriche, en Hollande, en Belgique et même en Espagne, des efforts sérieux sont tentés. Seuls hors d'Europe, la République Argentine et le Japon (26 et 33 incinérations) ont tenu haut et ferme le drapeau de la crémation.

M. Bourneville expose ensuite l'état de la crémation à Paris. Comme les années précédentes, il énumère les incinérations opérées au four crématoire du Père-Lachaise qui ont été, en 1900, de 297 sur la demande des familles; 2.752 provenant des amphithéâtres; 2.776 incinérations d'embryons. Total 5.825, qui, ajoutées aux 43.254 incinérations opérées depuis 1889, donnent un chiffre respectable, malgré tous les ennuis apportés dans cette œuvre si conforme aux principes de l'hygiène.

L'auteur rappelle par quels moyens il est arrivé à obtenir la pratique de l'incinération (crémation des débris d'amphithéâtres); il énumère les difficultés soulevées par l'administration pour autoriser l'incinération et propose à l'assemblée de voter les vœux suivants:

1° Modification de la loi du 15 novembre 1887 pour la suppression, en vue de l'incinération, de la restriction concernant les suicides ou les personnes mortes par accidents sur la voie publique, chantiers, etc.

2° Envoi par le Ministre de l'Intérieur, au moins dans tous les chefs-lieux de canton, d'une circulaire exigeant l'assermentation d'un médecin pour le certificat médical indispensable pour l'incinération des corps provenant des communes;

3° Désignation d'un médecin assermenté dans toutes les communes du département de la Seine;

4° Création d'un crématorium dans les cimetières du Sud et de l'Ouest;

5° Achèvement du crématoire du Père-Lachaise;

6° Autorisation, pour les commissaires de police des chefs-lieux de canton, de délivrer le permis de transport du corps aux lieu et place du préfet de police, ce qui éviterait un déplacement long et onéreux pour les familles des communes suburbaines.

L'orateur termine en faisant un appel chaleureux pour la cause de l'incinération, puis il est procédé au renouvellement des membres du Comité de direction. Les membres sortants ont été réélus et MM. le Dr Cornet, Camille Flammarion et le Pr Nocard, ont été nommés en remplacement des membres décédés. Albin ROUSSELET.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 10. — 5e *de Doctorat*. Chirurgie. (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Pozzi, Legueu, Mauclaire. — (2e *série*) : MM. Delens, Jalaguier, Walther. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Gaucher, Méry. — (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Second, Reclus, Delbet. — (2e *série*) : MM. Tuffier, Rémy, Lejars.

MARDI 11. — *Dissection* : MM. Le Dentu, Rémy, Quenu. — 3e *de Doctorat* N. R. (2e *partie*) : MM. Cornil, Hanriot, Thiroloix. — 1re *de Doctorat* : MM. Retterer, Gley, Langlois. — 3e *de Doctorat*. A. R. (2e *partie*) : MM. Hutinel, Hallopeau, Charrin.— (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Schwartz, Bar, Thiéry.— (2e *partie*). Oral. N. R. : MM. Proust, Raymond, Achard. — (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Bouilly, Brun, Albarran. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) (1re *série*): MM. Joffroy, Roger, Dupré — N.R (2e *partie*) (2e *série*) : MM. Chantemesse, Ménétrier, Marfan. — (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Richelot, Faure. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Jaccoud, Troisier, Vaquez. — N R. (2e *partie*) (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Gilbert, Thoinot.— (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

MERCREDI 12. — *Médecine opératoire*. A. R. : MM. Segond, Rémy, Jalaguier.— 3e *de Doctorat* N. R. (2e *partie*) : MM. Hayem, Hanriot, Méry. — 5e *de Doctorat*. Chirurgie. (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Legueu, Lejars, Delbet. — (2e *série*) : MM. Reclus, Reynier, Mauclaire.

JEUDI 13. — *Dissection* : MM. Schwartz, Retterer, Thiéry. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. : MM. Cornil, Hanriot, Tessier. — 1re *de Doctorat*. Oral. : MM. Chantemesse, Quénu, Langlois. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Richelot, Campenon, Bonnaire. — (2e *partie*). A. R. : MM. Proust, Charrin, Vaquez. — (2e *partie*). Oral. N. R. : MM. Dieulafoy, Troisier, Achard.

VENDREDI 14. — 5e *de Doctorat*. (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage. — *Médecine opératoire* : MM. Delens, Reclus, Broca (Aug.). — 1er *de Doctorat* (1re *série*). Oral. : MM. Jalaguier, Reynier, Retterer. — (2e *série*). Oral. : MM. Tuffier, Gley, Mauclaire. — 4e *de Doctorat*. A. R. : MM. Grancher, Wurtz, Thoinot. — 5e *de Doctorat*. Chirurgie : (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Kirmisson, Lejars, Walther. — (2e *série*) : MM. Second, Legueu, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Widal, Teissier.

SAMEDI 15. — *Dissection* : MM. Richelot, Quénu, Albarran. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. : MM. Cornil, Ménétrier, Desgrez. — 1er *de Doctorat*. Oral. : MM. Rémy, Retterer, Thiéry.— 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Bouilly, Schwartz, Faure. — (2e *partie*). A. R. : MM. Joffroy, Achard, Widal. — 5e *de Doctorat*. Chirurgie (1re *partie*) : MM. Le Dentu, Campenon, Brun. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Hutinel, Troisier. Vaquez. — (2e *série*) : MM. Debove, Hallopeau, Thiroloix. — (1re *partie*) : Obstétrique : MM. Budin, Bar, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 12. — M. Lucante. Contribution à l'étude de la mensuration du thorax. — M. Bernard. Du drainage des voies biliaires dans les cirrhoses du foie. — M. Haret. Etude critique sur trente-cinq nouveaux cas de grossesse ectopique récidivante. — M. Aribat. Contribution à l'étude des hernies ombilicales congénitales de constitution antérieure à la naissance. — M. Forget. Des fractures par arrachement de la grosse tubérosité de l'humérus. — M. Barcat. Contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire ou leucodermie syphilitique. — M Perrin. Traitement des kératites suppuratives.

JEUDI 13. — M. Ducrot. De la mort subite chez les jeunes enfants par hypertrophie du thymus au point de vue médico-légal. — M. Deschaseaux. Le fléau alcoolique et l'Etat. — M. Jouon. Des luxations soudaines de la hanche au début de la coxalgie. — M. Chassaing. Contribution à l'étude de la technique myographique. — M. Merklen. Recherches sur les fonctions du foie et du rein dans les gastro-entérites et quelques autres maladies infectieuses. — M. Blum. Contribution à l'étude du rôle des dents dans quelques infections (angine de Ludwig, adénites tuberculeuses cervicales). — M. Fossard. Rupture spontanée des kystes de l'ovaire. — M. Goudin. Des luxations anciennes de l'épaule et leur traitement par la méthode sanglante. — M. Lazaroff. De la section du tendon rotulien pour pratiquer différentes interventions de l'articulation du genou. — M. Wormser. Du début brusque de la fièvre typhoïde. — M. Delom. De l'influence de la vaccine sur la variole.

Enseignement médical libre.

Cours d'allaitement (Polyclinique H. de Rothschild, 82, rue de Picpus (XIIe arrondissement.) — Dr Henri de ROTHSCHILD. Cours d'hygiène et de pathologie de l'allaitement lundi et vendredi, à 4 heures. — *Deuxième leçon* 7 juin). Allaitement mixte et allaitement artificiel. Causes qui empêchent l'allaitement au sein. Le biberon et ses dangers. — III. Le lait stérilisé. Stérilisation du lait. Lait maternisé, lait peptonisé, kéfir, koumys. — IV. Alimentation des enfants débiles. (Téterelle, gavage, couveuses, laits modifiés.) — V. Soins à donner aux nourrissons. Vêtements, bains, soins de propreté, vaccination, sevrage. — VI. Accidents de l'allaitement. Troubles digestifs, gastro-entérite aiguë et chronique, thérapeutique gastro-intestinale, muguet, bronchites, broncho-pneumonies, hygiène des yeux, du nez, du larynx, affections de la peau, érythèmes, furonculose, etc., prophylaxie des maladies contagieuses, convulsions. — VII. Traitement de la syphilis héréditaire, mère et enfant. — VIII. Assistance publique et privée, crèches, pouponnières, dispensaires, consultations de nourrissons. — Ce cours, absolument gratuit, comportera des démonstrations pratiques gratuites : analyse pratique du lait ; recherche des falsifications (mouillage, écrémage, addition d'antiseptiques, etc.), sous la direction du Dr Netter, chef de laboratoire. — Le nombre des places étant limité, MM. les Etudiants qui désireront suivre ce cours sont priés de se faire inscrire à la Direction de la Polyclinique, 82, rue de Picpus, jusqu'au 29 mai.

Enseignement de la médecine légale psychiatrique. — M. le Dr Paul GARNIER, le mercredi et le vendredi, de 1 h. 1/2 à 3 heures, quai de l'Horloge, 3.

FORMULES

XXXVI. — Dans le cancer de l'estomac.

Chlorate de soude		8 grammes.
Eau distillée	} àâ	100 —
Sirop de fleurs d'orangers		

Une cuillerée à dessert toutes les heures. (Soupault).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 26 mai au samedi 1er juin 1901, les naissances ont été au nombre de 1.117 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 406, illégitimes, 156 Total, 562. — *Sexe féminin* : légitimes, 404, illégitimes, 151. Total, 555.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 26 mai au samedi 1er juin 1901, les décès ont été au nombre de 1005, savoir : 553 hommes et 452 femmes. Les décès sont dûs aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 4, F. 5, T. 9. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 1, F. 0, T. 1. — Variole : M. 4, F. 6, T. 10 — Rougeole : M. 26, F. 10, T. 36. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 6, F. 5, T. 11. — Diphtérie et Croup : M. 5, F. 7, T. 12. — Grippe : M. 3, F. 2, T. 5. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0.— Choléra nostras : M. 1, F. 0, T. 1. — Autres maladies épidémiques : M. 1, F, 2, T. 3. — Tuberculose des poumons : M. 128, F. 94, T. 222. — Tuberculose des méninges : M. 15, F. 11, T. 26. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 6, T. 16. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 28. F. 34, T. 62. — Méningite simple : M. 13, F. 6, T. 19 — Congestion hémorragique et ramollissement du cerveau : M. 24, F. 17, T. 41. — Maladie organique du cœur : M. 37, F. 30, T. 67. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 4, T. 6. — Bronchite chronique : M. 11, F. 10, T. 21. — Pneumonie : M. 15, F. 16, T. 31. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 59. F. 33, T. 92. — Affection de l'estomac (cancer exc.) : M. 3, F. 2, T. 5. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 4, F. 2, T. 6 ; autre alimentation, M. 15, F. 13, T. 28. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Hernies, obstruction intestinale : M. 3, F. 7, T. 10. — Cirrhose du foie : M. 6, F. 2, T. 8. — Néphrite et mal de Bright : M. 10, F. 14, T. 24. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 4, T. 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 10, F. 10, T. 20. — Débilité sénile : M. 10, F. 19, T. 29. — Morts violentes : M. 31, F. 11. T. 42. — Suicides : M. 10, F. 3, T. 13. — Autres maladies : M. 62, F. 65, T. 127. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 5, F. 2, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 75, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 13. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 10 Total : 33.

CONFÉRENCE SUR L'INCINÉRATION. — M. le Dr Paul CORNET fera jeudi prochain, 13 juin, à 8 h. 1/2, à l'Université populaire du Xe arrondissement (103, quai Valmy), une conférence sur l'incinération, avec projections lumineuses par M. Mesnard

VOYAGES D'ÉTUDES MÉDICALES (*eaux minérales, stations climatériques et sénatoriums de France*). — Le voyage d'études médicales de 1901 aura lieu du 1er au 12 septembre inclus. Il comprendra les stations du Dauphiné et de la Savoie, visitées dans l'ordre suivant : Uriage, La Motte, Allevard, Salins-Moutiers, Brides, Pralognan, Challes, Aix, Le Revard, Marlioz, Hauteville (sanatorium), Divonne, Saint-Gervais, Chamonix, Thonon, Evian. Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, à la première station, Uriage. Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français. Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au départ de la dernière station, Evian, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ. D'Uriage à Evian, prix à forfait : 300 francs, pour tous les frais : chemins de fer, voiture, bateau, hôtel, nourriture, transport des bagages, pourboires. Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au Dr CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement). Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1901.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés : *Officier de l'Instruction publique* : M. le Dr Salmon (de Paris). — *Officiers d'Académie* : MM. les Drs B. Roussy (de Paris); Croizet (de Châteauneuf-sur-Charente); Guichard (de Lignières-Sonneville); E. Noguès (de Toulouse); Roux (de Touzac).

PRIX DE MÉDECINE D'ARMÉE. — Le sujet mis au concours de 1902 pour le prix de médecine d'armée est le suivant : *Origine, évaluation et prophylaxie de la rougeole et de la scarlatine dans l'armée.*

LES MÉDECINS DU SÉNAT. — Le Dr Depasse, médecin adjoint du Sénat, est nommé médecin en chef, en remplacement du Dr Chavanne, admis à faire valoir ses droits à la retraite. Le Dr Maurange est nommé médecin adjoint du Sénat.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER fera une excursion géologique publique, le dimanche 9 juin 1901, à Provins. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare de l'Est, où l'on prendra à 7 h. 35 le train pour Provins On sera rentré à Paris à 8 h. 45. — N. B Pour profiter de la réduction de 40 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la place au Laboratoire de Géologie, rue de Buffon, 61, avant samedi à 4 heures.

MÉDECINS DE L'ÉTAT CIVIL DE PARIS. — M. le Dr Bodin, médecin du Bureau de bienfaisance du Xe arrondissement, est nommé médecin de l'état-civil dudit arrondissement, en remplacement de M. le Dr Coizeau, décédé.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Promotions.* — Ont été promus au grade de médecin principal : M. Roux, médecin de 1re classe. — Au grade de médecin de 1re classe : M. Rousseau, médecin de 2e classe.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr GOUPIL, jeune médecin installé depuis quelques mois à Rugles (Eure), est mort des suites d'une angine infectieuse contractée près d'un malade. (*Bonhomme Normand*, 31 mai 1901.) — M. Raoul MATHIEU, fabricant d'instruments de chirurgie, vient de mourir à l'age de 51 ans.

Chronique des Hôpitaux.

HOPITAL BROCA. — *Clinique gynécologique.* — M. le Pr S. POZZI : lundi et vendredi, à 10 heures. Lundi et vendredi, à 10 heures : leçon du professeur. Mercredi, de 10 heures à midi : exercices cliniques; examens histologiques. Mardi, jeudi et samedi, à 10 heures : opérations.

ASILE CLINIQUE, 1, rue Cabanis. — *Clinique mentale* : M. le Pr JOFFROY, Lundi et vendredi, à 2 h 1/2.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc.) — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Pr RAYMOND : *Clinique des maladies du système nerveux.* Mardi et vendredi, à 10 heures. — M. le Dr DENY : *Maladies mentales et nerveuses.* Le jeudi à 10 heures (section Rambuteau).

HOPITAL DE LA CHARITÉ (Amphithéatre Potain). — M. le Dr MAYGRIER, agrégé : *Leçons cliniques d'obstétrique*, jeudi à 10 heures.

HÔPITAL NECKER. — M. le Dr HUCHARD (amphithéâtre Laënnec de l'hôpital Necker) le vendredi, à 10 heures précises : Consultations de clinique et de thérapeutique. — Présentation de malades; discussion sur le diagnostic et les indications thérapeutiques, traitement des maladies.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 24. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 15 JUIN 1901.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE INFANTILE

Hygiène et pathologie de l'allaitement :

Par le Dr H. DE ROTHSCHILD.

L'allaitement au sein. — Le choix d'une nourrice.

Messieurs,

Depuis quelques années, la première enfance préoccupe, d'une façon toute spéciale, les hygiénistes et les accoucheurs. La mortalité des enfants du premier âge est considérable et, étant donné que le nombre des naissances n'augmente, pour ainsi dire pas, on essaye de remédier au mal en protégeant les nouveau-nés et en s'efforçant de les conserver à la vie. La mortalité s'élève dans certaines localités (départements du Nord et du Pas-de-Calais) jusqu'à 60 0/0, chez les enfants âgés de moins d'un an. C'est pendant la période où l'enfant ne prend que du lait, lait de la mère ou lait d'un animal domestique susceptible de remplacer le lait maternel, que la mortalité est la plus grande. Les décès sont imputables surtout aux accidents du tube digestif et, plus particulièrement, à cette affection, si grave, souvent épidémique, que l'on nomme gastro-entérite ou choléra infantile.

La chimie biologique et la bactériologie ont démontré que les affections qui déciment les nourrissons sont d'origine microbienne et peuvent, de ce fait, être évitées, dans la plupart des cas. De même que la bactériologie a rénové la thérapeutique générale, de même elle a modifié l'hygiène et la pathologie de la première enfance période d'allaitement). Grâce aux travaux de M. le Pr Budin, en France, de MM. les Prs Soxhlet, Backhaus, Gœrtener, Heubner, Baginski, etc., en Allemagne et en Autriche, la plupart des questions qui se rapportent à l'hygiène et à l'alimentation des nourrissons ont été étudiées et réglementées. Aussi doit-on considérer l'allaitement comme une branche de l'hygiène à laquelle le médecin, en général, et l'accoucheur, en particulier, doivent s'intéresser tout spécialement pour ne plus en laisser la direction à des sages-femmes ou à des matrones ignorantes et négligentes.

L'hygiène et la réglementation scientifique de l'alimentation des nouveau-nés doivent être considérées aujourd'hui comme une science d'un intérêt capital, tant au point de vue médical proprement dit qu'au point de vue social. Protéger l'enfant contre les maladies du premier âge, c'est lutter contre la dépopulation du pays, c'est-à-dire, travailler utilement pour le bien de ses semblables et pour la patrie.

« L'allaitement est le mode d'alimentation propre au nouveau-né » a dit Jacquemier; mais bien qu'il soit une fonction essentiellement naturelle, beaucoup de mères ou de nourrices commettent encore, en allaitant, des fautes graves, souvent irréparables, qui déterminent des troubles digestifs chez le nourrisson, troubles auxquels on peut attribuer le plus grand nombre des décès chez les enfants du premier âge. C'est précisément parce que, pendant longtemps, l'alimentation des nouveau-nés a été mal comprise et mal réglée que l'hygiène moderne s'en est emparée pour la réglementer d'une façon rationnelle et scientifique.

Il y a trois modes d'alimentation pour le nouveau-né : 1° L'allaitement naturel (allaitement au sein); 2° l'allaitement mixte (sein et biberon); 3° l'allaitement artificiel (exclusivement au biberon). Chacune de ces trois méthodes a ses indications, ses contre-indications et ses règles particulières.

Nous devons les étudier séparément et en détail.

L'allaitement au sein peut être pratiqué soit par la mère, soit par une bonne nourrice. Avant d'examiner la technique de l'allaitement au sein : quantité de lait que doit prendre l'enfant, nombre et durée des tétées, il convient de vous exposer l'hygiène à laquelle doit se soumettre la femme qui veut nourrir.

Une femme ne peut être bonne nourrice si elle ne prend pas quelques soins, quelques précautions hygiéniques pendant les derniers mois qui précèdent l'accouchement. La femme qui veut devenir nourrice doit alors se soumettre : 1° à une alimentation régulière et suffisamment abondante, en ayant soin de veiller au bon fonctionnement du tube digestif; 2° à une hygiène rationnelle, en ne se fatiguant ni moralement, ni physiquement, en habitant des locaux spacieux et aérés, de façon à se trouver dans les meilleures conditions possibles au moment de l'accouchement.

Aussi, en ces derniers temps, a-t-on créé, grâce à l'initiative privée et à la charité publique, des refuges-ouvroirs pour les femmes enceintes. Ces établissements hospitalisent, pendant les derniers mois de la grossesse, des femmes pauvres, dans le but de leur permettre de mettre au monde des enfants bien constitués qu'elles pourront nourrir avec un lait suffisamment riche et abondant.

D'autre part, la future nourrice doit prendre, pendant le dernier mois de la grossesse, certaines précautions. C'est ainsi qu'elle doit protéger ses seins contre toute lésion, quelque légère qu'elle puisse être, afin de prévenir dans la suite des crevasses douloureuses ou des abcès du sein pouvant nécessiter, à un moment donné, l'interruption de l'allaitement. La femme qui veut nourrir doit faire, pendant sa grossesse, des lotions sur le bout des seins avec des solutions astringentes telles que : eau-de-vie, teinture d'arnica, eau de Cologne.

Certains auteurs ont conseillé de préparer le bout des seins par la succion exercée soit par un enfant, soit par un adulte. Mais ces pratiques sont dangereuses et peuvent donner lieu à des accidents de contagion. Le Pr Fournier a signalé de véritables épidémies de syphilis dues à la succion des mamelons par des matrones se donnant comme spécialistes pour le traitement des seins des femmes enceintes et des nouvelles accouchées. Mais ces précautions et ces soins pris par la femme dans les derniers mois de la grossesse sont-ils suffisants pour lui permettre, sitôt après l'accouchement, de devenir bonne nourrice ? Dans ces derniers temps, la question a été fort discutée et les avis ont été partagés. Certains auteurs ont affirmé que toute femme peut nourrir l'enfant qu'elle a mis au monde, qu'elle a toujours assez de lait pour l'alimenter suffisamment. En vérité, on ne doit pas être trop exclusif. Si un grand nombre de femmes renoncent à allaiter leurs enfants alors qu'elles pourraient être nourrices, et même de bonnes nourrices, il y en a d'autres qui ne peuvent nourrir elles-mêmes.

Certaines femmes ont des seins mal conformés, des mamelons trop courts, ou rétractés, ne permettant pas à l'enfant de les prendre pour téter. Par suite de soins insuffisants ou de tétées trop prolongées, les seins peuvent devenir le siège de gerçures et de crevasses apparaissant au niveau du mamelon et pouvant aboutir, par la douleur qu'elles occasionnent, à mettre la mère dans l'impossibilité de poursuivre l'allaitement. Il n est pas rare non plus de voir des femmes présenter des seins atrophiés, avec des glandes insuffisantes, sécrétant trop peu ou pas de lait. Enfin, mettant à part les femmes atteintes d'affections chroniques (tuberculeuses, nerveuses, etc.); il en est qui accouchent dans le cours d'une maladie contagieuse ou fébrile : à celles-là il est rigoureusement interdit de donner le sein, dans l'intérêt de l'enfant et dans celui de la mère, l'enfant pouvant, par un contact prolongé avec la mère, contracter l'affection dont celle-ci est atteinte, la mère ayant besoin pour se rétablir d'un repos absolu et de grands ménagements, incompatibles avec l'allaitement. Si la mère ne peut allaiter elle-même, le mieux est de confier l'enfant à une nourrice au sein.

Il y a deux espèces de nourrices : les nourrices sur lieu et les nourrices externes ou à distance. Les premières restent dans la maison des parents du nouveau-né et sont constamment surveillées par eux. Dans ce cas, si la nourrice est bonne, l'allaitement mercenaire peut valoir l'allaitement maternel, parfois même il lui est préférable. Il n'en est pas de même quand les enfants sont envoyés en nourrice à la campagne, loin des parents, parce qu'alors la surveillance manque complètement. Les frais de voyage sont, le plus souvent, si considérables qu'il est matériellement impossible à la mère de se transporter auprès de son enfant pour se rendre compte des soins qui lui sont donnés. De là, l'incurie et la négligence qui règnent dans certains villages, véritables nourriceries d'enfants venus des grandes villes, et, par suite, l'effroyable mortalité qui décime les enfants de la classe ouvrière.

Une nourrice doit avoir certaines qualités essentielles qui permettent d'espérer qu'elle sera une bonne nourrice et que l'enfant se trouvera bien du lait qu'elle lui donnera. Elle devra être âgée de 20 à 30 ans environ, être d'une constitution robuste et ne présenter aucun signe de maladie acquise ou héréditaire. Autant que possible, elle sera d'un caractère doux et placide, mais cependant active et intelligente de façon à pouvoir soigner avec zèle et tact l'enfant qui lui est confié. Il faut qu'elle soit accouchée depuis deux ou trois mois, au moins, afin d'être complètement remise de ses couches et qu'on puisse se rendre compte, par l'état de prospérité de son nourrisson, de la qualité et de l'abondance de son lait. Quant à l'âge du lait, il est préférable de donner au nouveau-né un lait de deux à six mois, cependant, d'après un certain nombre d'auteurs, un lait vieux de 8 à 15 mois peut donner de très bons résultats et être parfaitement digéré par le nouveau-né; on a vu des nourrices qui, après avoir terminé la nourriture d'un enfant, en avaient repris un autre qu'elles avaient allaité avec succès. On doit préférer, en général, une nourrice qui a fait ses preuves, c'est-à-dire qui a déjà allaité un enfant. De la sorte, on peut être plus certain qu'elle est expérimentée, bien constituée, et qu'elle a un lait de bonne qualité, suffisamment abondant.

Avant d'être engagée, la nourrice doit être examinée au point de vue « général » et au point de vue « local ». Au point de vue général, on doit porter son attention sur la coloration du visage, sur l'état des dents, sur la conformation des membres et du tronc et sur l'état du cœur et des poumons. Il est indispensable que la nourrice ait de bonnes dents; d'abord, c'est l'indice d'un état général satisfaisant, puis c'est une garantie pour l'alimentation et la digestion, deux conditions auxquelles sont intimement liées la sécrétion laiteuse et la qualité du lait. On devra examiner de très près toutes cicatrices du cou et du corps, afin de se rendre bien compte qu'il n'y a pas de lésions syphilitiques anciennes ou récentes. Enfin, on doit examiner le cœur et les poumons pour vérifier s'il n'y a pas de lésions cardiaques ou tuberculeuses.

L'examen local comprend l'examen des deux seins. Il devra porter : 1° sur la glande; 2° sur le mamelon. D'une façon générale, si la glande est volumineuse, le lait sera abondant; mais il ne faut pas confondre la glande avec le sein lui-même qui peut être chargé de graisse et ne posséder que peu de tissu glandulaire. Les seins des bonnes nourrices sont généralement sillonnés de veines bleuâtres, indices de l'activité de la circulation. Quant au mamelon, il ne doit être ni trop gros, ni trop petit, ni trop court, pour que l'enfant puisse le prendre facilement et qu'il n'échappe pas de sa bouche. Il ne faut pas qu'il soit ombiliqué, c'est-à-dire rentrant, ni remplacé par une petite cupule. Il faut qu'il soit percé d'un nombre suffisant d'orifices pour que le lait puisse en sortir facilement et qu'en pressant la base du mamelon le liquide jaillisse en gerbe.

Nous aurons à revenir sur la quantité de lait que doit prendre un enfant à chaque tétée et, en totalité, dans les 24 heures. Pour permettre à l'enfant de prendre la ration lactée qui est indispensable à son développement normal, il faut que la nourrice puisse lui donner de 1.200 à 1.300 grammes de lait par jour et de 70 à 135 grammes à chaque tétée. Une bonne nourrice donne en moyenne de 900 à 1.300 grammes de lait par jour. Mais, pour peu qu'elle soit entraînée, c'est-à-dire forcée de donner le sein à plusieurs enfants à la fois, elle peut fournir des quantités de lait bien supérieures. C'est ainsi que certaines nourrices du service des débiles à la Maternité, qui sont appelées à allaiter trois ou quatre enfants débiles, ont pu produire 1.900, 2.000 et 2.200 grammes de lait par jour (Dr Budin). Seule la comparaison de deux pesées bien effectuées, l'une avant et l'autre après chaque tétée, permet de constater la quantité de lait prise.

Malgré les soins apportés dans le choix de la nourrice, celle-ci peut n'être pas bonne ou ne pas convenir au nourrisson qu'elle doit allaiter en raison de la qualité de son lait. On doit alors, dans le plus bref délai, pourvoir à son remplacement. Jadis, la chose pouvait présenter quelques difficultés : on ne trouvait pas de suite une nouvelle nourrice ; parfois même la première perdait totalement son lait, ou s'en allait avant qu'il eût été possible de pourvoir à son remplacement. Aujourd'hui le changement de nourrice est devenu chose plus facile, grâce à l'emploi du lait stérilisé, administré temporairement dans certaines conditions.

Une femme qui est enceinte doit-elle cesser d'allaiter ? Les auteurs, jusqu'à ces dernières années, ont été d'avis qu'il fallait suspendre l'allaitement. L'observation a souvent démontré, cependant, le peu d'influence qu'une nouvelle grossesse avait sur le lait de la mère ou de la nourrice quand la grossesse évoluait normalement. Il faudra donc réagir contre ce préjugé trop répandu qu'une femme enceinte ne doit plus allaiter. Toutefois, une femme qui supporte mal sa grossesse devra suspendre l'allaitement ; si elle dort mal, si elle a des troubles nerveux, si elle est albuminurique, etc., il faudra qu'elle cesse de donner le sein. Une opinion aussi très répandue dans le monde, et surtout dans la classe ouvrière, est qu'une femme qui a ses règles ne doit plus continuer à allaiter. Le plus souvent, le retour de la menstruation n'a qu'une très légère influence sur la santé du nourrisson. Cependant on observe parfois, chez les nourrissons qui sont allaités par des femmes ayant leurs règles, de légers troubles digestifs, un peu de diarrhée et une diminution de poids coïncidant avec les époques menstruelles. Si ces troubles durent trop longtemps, si la santé de l'enfant en souffre réellement, l'interruption de l'allaitement s'impose et l'on doit alors recourir à une autre nourrice ou à l'allaitement artificiel.

Vous voyez donc, Messieurs qu'en matière d'allaitement comme en toutes choses, on ne doit pas être trop affirmatif. Assurer d'avance qu'une femme peut allaiter parce qu'elle va mettre un enfant au monde est un absolutisme que l'expérience et la clinique n'ont pu admettre et, bien que l'on ait dit que le lait de la mère appartient à l'enfant, il faut encore que ce lait soit en quantité et de qualité suffisantes. On doit donc favoriser autant que possible et encourager de toutes ses forces l'allaitement au sein par la mère ou par la nourrice et ne pas renoncer d'emblée à l'allaitement maternel. On devra réglementer, d'une façon rigoureusement scientifique, le nombre et la durée des tétées et la quantité de lait prise à chaque tétée, afin d'éviter la suralimentation qui est le point de départ des accidents gastro-intestinaux, chroniques ou aigus, dont je vous ai déjà signalé la gravité.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les boîtes de secours des gares de Ceinture.

Le jeudi 6 juin, j'ai eu la tristesse d'assister à un de ces terribles accidents qui forment la longue nomenclature mortuaire inconnue des accidents mortels de chemins de fer. Les faits divers de journaux politiques ont relaté ce cas. Un individu voulut attraper le train de Ceinture à la gare de la Porte-Maillot, au moment même où le train a démarré. Il fit un faux pas, s'engagea entre le quai et le train et, entraîné par ce dernier, manqua d'être coupé en deux. Le train stoppa et on retira le blessé. Je me suis immédiatement précipité vers le blessé qui respirait encore et ai voulu lui donner les soins immédiats. Après avoir mis le blessé à l'air, j'ai réclamé la boîte de secours. Le sous-chef présent me répondit qu'il ne savait pas s'il y en avait une. Un employé assura bien qu'il y avait une boîte de secours à la gare, « mais qu'il n'y avait rien dedans ». Après cette réponse catégorique, j'ai réclamé un brancard pour transporter le blessé, qui avait la jambe droite fracturée en deux endroits et une forte entaille dans la région temporale gauche. Le brancard n'avait jamais existé dans la gare. « L'ordre nous est donné de mettre tout blessé dans une voiture et de le conduire à Beaujon. Là, ils s'y connaissent mieux que nous, et c'est leur affaire », m'expliqua l'un des employés de la gare. Le blessé fut mis dans un fauteuil, suivant mes indications, et fut transporté dans la gare, où il a rendu le dernier soupir.

Le fait par lui-même n'a rien d'extraordinaire, malheureusement, dans les annales des accidents de chemins de fer ; mais, ce qui ne manque pas d'intérêt, c'est l'absence complète des moyens immédiats de secours aux blessés dans les lieux où les accidents sont relativement fréquents. Sans incriminer le personnel des gares, qui est souvent impuissant à empêcher les accidents pareils ou moins graves, le public est en droit de demander de la part des compagnies une organisation rationnelle des postes de secours aux blessés. Il ne suffit pas d'avoir ces postes dans les gares centrales, il faut munir toutes les gares, et surtout celles de la Ceinture, de tout ce qui est nécessaire pour donner les soins immédiats aux blessés. Tout le monde sait quel rôle important jouent les soins immédiats donnés aux blessés pendant l'accident. Il paraît qu'il existe des inspecteurs de chemins de fer qui ont pour mission de veiller sur les boîtes de secours des gares et de les vérifier de temps en temps. Ceci montre que les compagnies de chemins de fer comprennent la nécessité des soins immédiats aux blessés seulement, elles le comprennent à leur façon, et le cas précédent nous montre que les boîtes de secours ne se vérifient pas souvent Pour pouvoir se débarrasser d'un blessé, *suivant l'ordre donné*, il faut au moins s'accorder avec les règles élémentaires du transport des blessés. Or, il n'existe même

*

pas un seul brancard, et dans le cas échéant les employés emportent le blessé, le « fourent » dans une voiture et le débarquent dans un hôpital voisin. C'est peu humain, c'est vrai, mais si vite fait! Ainsi, la sécurité des voyageurs n'est pas observée, même apparemment. Cependant, il n'est pas difficile d'organiser un petit poste de secours à l'exemple des boites de secours des sociétés de gymnastique et de charger un employé quelconque de veiller sur son contenu. A la rigueur, on peut toujours trouver un employé qui puisse être mis au courant des soins à donner aux blessés immédiatement après l'accident. Souvent même il se trouve parmi les voyageurs, sinon un médecin, du moins une personne qui sait faire usage des boîtes de secours et du brancard. Les compagnies ont prévu les formidables accidents des collisions de trains ou de déraillements, et si elles ont organisé les moyens de secours pour ces cas, elles ont complètement négligé les secours aux blessés des accidents partiels. Il est vrai qu'un accident partiel ne compte plus pour les chemins de fer. De s'occuper d'un voyageur blessé par un train, quelle plaisanterie ? P. Kouindjy.

L'Assistance publique à Paris.

Nous avons eu l'occasion de voir, il y a quelques jours, un épileptique de 17 ans, né à Paris et habitant une commune du département de la Seine. Il nous était amené par un employé de la préfecture de la Seine, administrateur d'un Bureau de bienfaisance, sur le conseil d'un fonctionnaire d'un grade élevé de l'Assistance publique. On nous demandait quels étaient les voies et moyens de faire admettre le malade dans un asile spécial. Nous avons remis aux intéressés les imprimés indiquant les formalités à remplir pour le placement du malade. Ces conditions auraient dû être connues de l'introducteur, administrateur d'un Bureau de bienfaisance. Elles auraient dû être connues surtout du fonctionnaire de l'Assistance publique, qui n'aurait pas eu besoin de venir nous déranger gratuitement à notre consultation particulière. En tous cas, il aurait pu nous l'adresser à notre consultation gratuite de Bicêtre. D'où la nécessité, pour les employés de l'Assistance publique, d'être en mesure de renseigner exactement et avec bienveillance tous les citoyens qui s'adressent à eux pour des placements dans les établissements hospitaliers, hôpitaux, hospices, fondations, asiles et Bureaux de bienfaisance. Toutes les mairies de Paris et du département de la Seine, comme nous l'avons déjà tant de fois réclamé, devraient être pourvues des imprimés concernant les modes d'admission. On éviterait ainsi des démarches fastidieuses et coûteuses. On ferait ainsi de la véritable assistance républicaine. Nous en sommes toujours à la faveur, à l'aumône et aux protections. Bourneville.

Le budget organique d'un goutteux pendant et en dehors de l'accès.

Trois travaux expérimentaux seulement existent en librairie, traitant de l'échange matériel des goutteux : ceux de Vogel, de Schmoll et de Magnus Lévy. Ces travaux, bien qu'importants, sont incomplets, parce que on y a étudié l'accès goutteux lui-même seulement et pas autre chose.

MM. Zagari et Pace ont cru opportun d'étudier un goutteux, non seulement pendant un accès complet de neuf jours, mais aussi avant et après l'attaque et dans des conditions différentes de repos et de mouvement.

Pour être rigoureux, les docteurs ont soumis tous les aliments à une évaluation directe, sans se servir des tableaux de König.

Dans une première période, le goutteux, menant une vie régulière, montra un budget normal de calories, mais un déficit de 4 grammes d'albumine.

Dans une deuxième période d'expérimentation, toujours en dehors de l'accès, mais le sujet étant obligé au repos absolu et ayant mangé plus abondamment qu'auparavant, la perte de N fût compensée, il y a eu rétention dans la proportion de 6 gr. 17 de N par jour. Indépendamment donc de l'accès, le goutteux a des périodes de faillite et d'épargne d'albumine, ce qui fait croire que la raison de l'accès doit être recherchée ailleurs que dans le budget organique de l'albumine. Elle n'est pas non plus à rechercher dans l'élimination de l'acide urique, qui fut trouvée dans les urines en dehors et pendant l'accès, en proportion normale.

Malgré cela, l'analyse de l'acide urique dans le sang démontra l'uricémie pendant l'accès. Mais l'uricémie n'est pas non plus la cause de l'accès : on la trouve aussi dans la leucémie, la pneumonie, le cancer de l'estomac, dans les maladies rénales, etc.

Bref, la goutte ne peut pas être considérée dans l'état actuel de la science, comme une maladie de l'échange matériel accéléré (Lecorché) ou retardé (Bouchard).

Dans le cas étudié par nos auteurs, le budget des calories a été trouvé normal ; celui de l'N, seulement, a montré toujours une tendance à s'éloigner de l'équilibre.

Des recherches, qu'ils se proposent de faire sur l'échange gazeux, pourront éclaircir l'obscur problème et compléter ce travail consciencieux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 juin 1901. — Présidence de M. le Pr Bouchard.

Canal sacré.

M. Cathelin a fait des coupes médianes du sacrum et conclut : 1° La flèche de courbure du canal sacré est toujours différente et plus petite que celle du sacrum lui-même ; cette dernière bien connue des accoucheurs ; 2° le côté dural descend à des hauteurs variables de 5 à 9 centimètres de l'ouverture inférieure du canal sacré une fois il l'a vu s'arrêter à l'articulation sacro-vertébrale ; 3° un point rétréci existe presque toujours au niveau de la 3e vertèbre sacrée et un aplatissement du canal au niveau de la 5e vertèbre, justifiant la direction oblique qu'il donne à l'aiguille dans sa ponction du canal sacré.

L'auteur rejette le procédé sacro-coccygien où l'on n'entre pas dans le canal sacré ; il conseille d'injecter ainsi dans le canal sacré les médicaments solubles et facilement assimilables et les sérums.

Toxicité de la macération de viande.

MM. Cassaet et Saux. La macération de viande dans l'eau, qui se rapproche de la méthode de MM. Richet et Héricourt, donne des résultats intéressants comme toxicité. Le suc obtenu par contact de viande de bœuf finement triturée avec 10 fois plus d'eau distillée, donne un liquide rougeâtre, limpide, légèrement acide, sans peptones. En injection intra-veineuse à des lapins, cette solution a provoqué la mort avec 56 c.c. de liquide par kilogramme d'animal. Excitation, puis somnolence, torpeur, immobi-

lité et secousse agonique. En somme, ce suc est peu toxique.

Propriété chimiotaxique du sérum immunisant contre le charbon symptomatique.

M. F. Arloing a étudié le sérum anti-charbonneux curatif, préventif, et antitoxique au moyen des sacs de baudruche inclus dans le péritoine du lapin; ce sérum donne des effets chimiotoxiques très élevés, l'acide lactique neutralise en grande partie les effets contraires du sérum anti-charbonneux dans les mélanges au 1/50 ou 1/100. A un titre plus élevé et à la température de l'organisme, l'acide lactique détermine la gélification du sérum, et toute action chimiotaxique est suspendue.

Echinococcose secondaire embolique.

M. Devé. La greffe des germes échinococciques mis en liberté par rupture de kyste hydatique primitif peut se faire localement ou se répandre à toute la surface d'une séreuse; elle peut se faire à distance par voie sanguine, et donne alors naissance à l'échinococcose secondaire embolique. Il y a en pathologie des kystes du poumon qui reconnaissent cette pathogénie. Chez le lapin, l'échinococcose métastatique du poumon a pu être produite par inoculation, dans la veine de l'oreille, de vésicules proligères et de scolex. Ces germes constituent des embolies capillaires sans troubles circulatoires notables, permettant la survie des kystes pulmonaires secondaires. Les vésicules folles, quand elles pénètrent dans les vaisseaux déterminent des embolies brutales rapidement mortelles.

Maladie du chien.

M. Phisalix. De jeunes chiens, inoculés avec le microbe découvert par lui contre la maladie du chien, ont donné des résultats favorables. Les témoins ont tous été atteints.

Concentration du sérum sanguin et des sérosités pathologiques.

MM. Achard et Lœper ont fait la cryoscopie comparative du sérum sanguin et du liquide séreux pathologique; leur conclusion est que les indications précises ne sont pas, par cette voie, données au clinicien sur la tendance des liquides à s'accroître ou à se résorber, et les indications par rapport à la nature de la maladie qui a déterminé l'épanchement ne sont pas non plus caractéristiques.

Hémorragie cérébrale.

M. Salomon.—M. Salomon a, chez un homme de 68 ans, amené dans le service après une chute, fait une ponction lombaire; le liquide était sanguinolent uniformément teinté dans 3 tubes; des polynucléaires neutrophiles et du sucre en quantité dans le liquide. A l'autopsie : hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 juin 1901.

Surveillance des établissements d'assistance.

Le président donne lecture à l'Académie de la composition de la commission destinée à étudier l'extension des mesures proposées pour la surveillance des établissements d'assistance; ce sont : MM. Besnier, Brouardel, Henri Monod, Roux, Vallin, Berger, Guyon.

Mortalité de la première enfance dans la population urbaine de France, de 1892 à 1897.

M. Budin lit un rapport sur une communication de MM. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph, relative à la mortalité *de la première enfance*. Parmi les principales causes de mort, la diarrhée, le choléra infantile pourraient être très efficacement combattus. On connait les résultats obtenus à la clinique de la Faculté et par MM. Variot, de Rotschild, Dubrisay. La faiblesse congénitale elle-même peut être traitée avec succès dans les services de débiles.

M. Fournier montre qu'à côté de ces causes, la syphilis joue un grand rôle dans la mortalité des jeunes enfants. Dans les familles syphilitiques, 50 0/0 environ des enfants meurent dans la première année. Beaucoup de morts par atrepsie sont en réalité dues à la syphilis. Ces morts seraient évitées si l'on traitait convenablement la mère pendant la grossesse.

M. Laveran, en raison de l'importance nationale des questions relatives à la mortalité infantile et à la dépopulation, propose de transmettre le rapport de M. Budin au Ministre de l'Intérieur. Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Les bières arsenicales.

M. Riche lit un rapport de M. Bordas sur les intoxications arsenicales causées à Manchester par la bière. Il y eut 4,182 cas avec 390 décès. L'arsenic était dû à l'emploi dans la bière de glycose fabriqué avec un acide sulfurique provenant de pyrites arsénicales non purifiées.

Le poison absinthique et les essences toxiques.

M. Laborde rappelle les méfaits de l'absinthe et des essences toxiques similaires, et demande à l'Académie de renvoyer à la Commission les propositions suivantes : 1° Prendre, sans plus tarder, — en conformité de la motion votée par le Parlement, — l'initiative, issue de sa haute compétence, de l'indication des liqueurs, apéritifs et boissons contenant les essences les plus dangereuses pour la santé publique, à l'effet d'en interdire la fabrication, la circulation, la publication et la vente : 2° Charger de cette étude et de cette indication la Commission de l'alcoolisme; 3° Communiquer, sous forme de vœu, aux Pouvoirs publics et au Parlement, la délibération adoptée et prise par l'Académie, à ce sujet, après avoir entendu le rapport de la Commission.

Election d'un titulaire dans la Section d'hygiène publique.

Les candidats présentés par la Commission étaient : en 1re ligne, M. Martin; en 2e ligne, M. Le Roy des Barres; en 3e ligne, M. Josias; en 4e ligne, M. Chantemesse; en 5e ligne, M. Netter; en 6e ligne, M. Laugier; adjoint à la présentation, M. Garnier.

Au premier tour de scrutin, M. Martin a obtenu 20 suffrages; M. Le Roy des Barres, 21; M. Josias, 1; M. Chantemesse, 37; M. Laugier, 5, sur 84 votants.

Au second tour, M. Martin a obtenu 11 suffrages, M. Le Roy des Barres, 21; M. Josias, 1; M. Chantemesse, 51; M. Laugier, 1, sur 85 votants.

M. Chantemesse, est élu membre de l'Académie.

Election d'un associé national.

Les candidats présentés étaient : en 1re ligne, M. Heurtaux (de Nantes); en 2e ligne, M. Paulet (de Montpellier); en 3e ligne, M. Thomas (de Tours).

M. Heurtaux est élu par 54 voix, contre 16 à M. Paulet, et 5 à M. Henrot (de Reims), sur 75 votants.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 juin 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Pseudo-myxœdème.

M. Dalché a observé un homme de 36 ans, syphilitique, qui présentait les troubles suivants qu'il attribue à une dystrophie orchidienne. Il était atteint de bouffissure œdémateuse des membres inférieurs de l'abdomen et de la face, il n'y avait pas de modifications du corps thyroïde, mais les testicules étaient atrophiés. En outre, ce malade était d'une grande paresse cérébrale, complètement impuissant et était atteint d'une choroïdite syphilitique. Il avait de la polyurie sans glycosurie, ni albuminurie. Le traitement spécifique de la syphilis ne donna aucun résultat. L'opothérapie orchidienne amena très rapidement une grande amélioration.

Septicémies staphylococciques.

M. Etienne, de Nancy, signale un cas de staphylococcie généralisée aiguë survenue, chez une jeune femme, à la suite d'une angine. Elle mourut en quelques jours. Le sang contenait un très grand nombre de staphylocoques.

Cytodiagnostic dans les maladies mentales.

MM. Dupré et Devaux ont fait le diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans diverses maladies mentales. Ils n'ont pas observé de lymphocytose dans trois cas de démence d'origines diverses, ni dans le délire mélancolique. Au contraire les lymphocites apparaissaient dans tous les examens de liquide céphalo-rachidien provenant de paralytiques généraux. Cet examen est donc précieux dans certains cas à diagnostic difficile.

J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juin 1901. — Présidence de M. Reclus.

Nous devons avant tout rectifier une erreur de notre dernier compte rendu; la malade dont a parlé M. Walther et dont la rachicocaïnisation, après son départ de l'hôpital, a donné des accidents de méningisme, a été opérée, non dans le service de M. Walther, mais dans un autre service hospitalier.

Des fractures paramédianes de la base du crâne par chute sur l'occiput.

M. Félizet pense que dans le cas présenté par M. Quénu, il s'agit d'une fracture tout à fait exceptionnelle, due à la minceur excessive du crâne; car d'habitude, le trait de fracture ne dépasse pas l'étage moyen et, par conséquent, ne va point jusqu'à l'apophyse crista-galli.

M. Quénu présente un deuxième cas, presque analogue, dû à une chute sur l'occiput; le trait de fracture traverse l'étage moyen, au niveau du sommet du rocher et atteint la lame criblée de l'ethmoïde. Les symptômes présentés par le malade : plaie occipitale, hémorragie nasale, avaient permis de diagnostiquer la lésion; dans ces fractures, d'ailleurs, le trait de fracture obéit aux lois habituelles; sa direction dépend de celle du traumatisme, et son étendue de la friabilité de l'os atteint.

M. Lejars vient d'observer un cas absolument analogue à celui de M. Quénu, ayant présenté les mêmes symptômes, accompagné d'un vertige cérébelleux des plus nets; la trépanation permet de constater l'existence d'un trait de fracture suivant la crête occipitale; il y avait un hématome sous-dural et une partie du cervelet était réduite en bouillie.

Schwartz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 juin 1901. — Présidence de M. Beni-Barde.

La séance est ouverte à 4 h. 15. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. le Dr Collin (de Saint-Honoré-les-Bains), posant sa candidature comme membre correspondant national. Parrains : MM. Jullien et Buret; 2° Télégrammes de MM. Vidal et Suarez de Mendoza, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance; 3° Pli cacheté accompagnant un mémoire destiné à concourir pour le prix Duparcque et ayant pour titre: *Traitement des névralgies utéro-ovariennes.* Ce travail porte pour épigraphe : « L'association des idées est la mère du progrès. »

M. le Président annonce la mort de M. Beaulavon, membre titulaire, décédé dans sa trente-deuxième année. La Société, regrettant de n'avoir pas été avisée, adresse à la famille ses compliments de condoléance.

M. le Dr Collin (de Saint-Honoré-les-Bains), lit, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant, un travail intitulé : **Contribution au traitement de la syphilis.** Une commission est nommée à l'effet d'examiner les titres du candidat; elle se compose de MM. Dubuc, Christian et Jullien, rapporteur.

M. le Président propose, au nom d'un groupe de collègues, de supprimer définitivement les séances de juillet, fort peu suivies et incommodes pour tout le monde au moment des villégiatures. Cette proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité. Il y aura donc, à l'avenir, trois mois de vacances (juillet, août et septembre). En conséquence, la prochaine réunion, qui doit avoir lieu le 22 courant, sera la dernière séance de la saison.

M. le secrétaire général lit, au nom de M. le Dr Théodore Rousseau (de Mexico) candidat au titre de membre correspondant national, un travail sur le salicylate de soude.

Salicylate de soude et maladies de foie.

Il y a bien des années déjà que le salicylate de soude a été préconisé comme un puissant cholagogue (Lewaschew, Rutherford et Vignol, 1875, Prévost et Binet, etc.). Et pourtant, à ce qu'il nous semble du moins, ce médicament ne paraît pas être entré dans la pratique courante pour le traitement des maladies du foie et occuper, dans leur thérapeutique, la place qu'il mérite. Un récent article de M. le Dr Chauffard, dans la *Semaine médicale* du 2 janvier de cette année, met bien en lumière sa valeur et son efficacité dans le traitement des coliques hépatiques à répétition : dans ce cas particulier, les bons effets obtenus s'expliquent par l'augmentation de la sécrétion biliaire, surtout dans sa partie aqueuse; d'où plus de fluidité, moins de consistance de la bile, les parties solides s'accroissant moins, et moins rapidement que la partie aqueuse. Je pourrais, à l'appui des observations de M. le Dr Chauffard, citer celle d'un malade que j'ai soigné au mois de novembre dernier, pendant la traversée de Saint-Nazaire à la Vera-Cruz. Ce malade, un ingénieur distingué, établi depuis quelques années au Mexique, souffrait, depuis 4 ans environ, de crises hépatiques fréquentes et venait de faire, à Vichy, une saison qui n'avait amené dans son état aucune amélioration sensible; car, à peine embarqué, les coliques se sont renouvelées; soumis au traitement par le salicylate de soude, il a vu son état s'améliorer avant la fin de la traversée; il a commencé à engraisser, et a gagné jusqu'à présent 7 à 8 kilogrammes. A cette date, 15 février, il n'a pas eu encore une seule attaque. Le salicylate de soude a été employé seul, sans adjonction de benzoate de soude. Depuis quelques jours, suivant les indications données par M. Chauffard, je lui fais prendre les deux sels. Cette observation est encore de date trop récente pour avoir toute sa valeur; mais le résultat obtenu n'en est pas moins déjà très satisfaisant.

Le mode d'action du salicylate de soude est peut-être d'une interprétation plus difficile dans le fait suivant; il ne s'agit que d'un cas isolé, mais je tiens à la consigner, ne serait-ce qu'à titre de document.

Le nommé A. M., âgé de 42 ans, habite la terre chaude du Mexique, sur la côte. Au point de vue qui nous intéresse, je ne relève dans ses antécédents qu'une *fièvre bilieuse* (?). *N'a jamais eu de dysenterie.* Quand je vois le malade, le 21 mars 1896, il me raconte qu'il a de la fièvre depuis le 7 février, fièvre à type continu et qui oscille entre 38° le matin, 39° à 39° 1/2 le soir. Il dit qu'au début il a eu la grippe, avec extinction de voix, toux, expectoration, etc. C'est à Orizaba, dans la terre tempérée, à 1.000 mètres d'altitude, que je vois le malade; le changement de climat, dit-il, n'a amené aucune amélioration dans son état; car depuis 8 à 10 jours qu'il est à Orizaba, la situation est la même; il tousse encore un peu; l'inappétence est complète; la fièvre continue malgré de fortes doses de quinine, et malgré les préparations arsenicales ordonnées par un autre médecin pendant la première semaine de son séjour ici, il y a de la diarrhée à selles fétides et un peu décolorées; la peau est sèche; les urines sont foncées, à teinte un peu acajou; le malade est très amaigri; il y a une teinte subictérique des conjonctives et du frein de la langue. La fièvre a des irrégularités; il y a plusieurs fois par jour, sans heure fixe, des frissons. Pas d'hémorrhagies.

A l'examen direct je trouve le *foie augmenté de volume et assez douloureux* Rien à la rate La persistance d'un peu de toux, le récit du patient sur le début de la maladie a fait croire de laryngo-bronchite grippale, etc., avaient fait penser à un confrère qui l'avait soigné au début, qu'il s'agissait d'une bacillose à forme rapide. Mais l'examen des poumons ne révélant rien, j'incline

à attribuer tous les symptômes : amaigrissement, fièvre continue avec irrégularités, diarrhée, selles décolorées, subictères, sécheresse de la peau, urines foncées et surtout *sensibilité marquée du foie*, etc., à une hépatite aiguë, bien qu'il n'y ait pas dans les antécédents la dysenterie cause habituelle des suppurations hépatiques.

Le 22 mars, je donne au malade 2 grammes de salicylate de soude en 4 paquets répartis dans la journée, et je le mets au lait. Dès le 23, la température reste normale pendant environ 2 heures de la matinée, pour remonter ensuite le soir à 38° 1/2. Même traitement en augmentant un paquet de 0,50 centigrammes. Le 24, apyrexie jusque vers trois heures de l'après midi, et le soir seulement 37° 1/2, même traitement.

Le 25, ce n'est qu'à 4 heures du soir que le thermomètre remonte au-dessus de 37° sans dépasser 37° 1/2, et à partir du 26 la fièvre disparait complètement. Le malade est bien pendant une douzaine de jours; durant cette période d'apyrexie complète, l'appétit revient peu à peu, la diarrhée s'atténue et la sensibilité de la région hépatique disparait; je puis croire à une guérison plus rapide que je n'avais osé l'espérer. Malheureusement M., qui a commencé à sortir, commet une imprudence dans l'alimentation et tous les symptômes reparaissent : fièvre, diarrhée inappétence, douleur cette fois plus localisée, et, particularité remarquable, cette douleur à la pression a son maximum, non dans un espace intercostal, mais sur la côte même, la neuvième un peu en avant de la ligne axillaire. Le traitement par le salicylate, institué de nouveau, est impuissant contre cette rechute; la voussure de la région hépatique se marque peu à peu, et, le 1er mai, une ponction donne issue un demi litre de pus.

La simple ponction ayant été insuffisante, le 10 mai, je pratique l'ouverture de l'abcès et je draine; un mois après, le malade était guéri.

Tout l'intérêt de cette observation réside dans l'entracte, dans le temps d'arrêt de douze jours environ qu'a eu l'hépatite aiguë dans sa marche, et cet arrêt, qui aurait peut-être été définitif, qui aurait peut-être amené la guérison sans intervention chirurgicale, n'eut été l'imprudence commise par le malade en se donnant une indigestion, ne doit être attribué, à mon avis, qu'au salicylate de soude.

Et maintenant, il serait intéressant de rechercher comment a agi le médicamment. MM. Potain et Lépine attribuent au salicylate de soude la propriété de congestionner le foie, et l'ictère observé dans certains cas de rhumatisme traités par ce médicament, serait dû, d'après Lépine, à cette congestion. Mais comme, d'autre part, il y a dans le rhumatisme une déglobulisation très marquée, comme la bile fabriquée lorsqu'il existe beaucoup d'hémoglobine dans le sang, est très chargée de matière colorante, plus épaisse et plus visqueuse (Stadelman), l'ictère observé dans ces cas pourrait bien être dû plutôt à une rétention partielle, à une gêne dans l'excrétion et non à une action congestionnante du salicylate. Si, comme il paraît démontré (Rosenberg), le salicylate de soude provoque une hypersécrétion biliaire qui a son maximum deux ou trois heures après l'administration, avec augmentation plus rapide de l'eau que des parties solides, ne serait-il pas plausible d'admettre que chez notre malade ce médicament, en provoquant une espèce de saignée blanche, a agi en *décongestionnant* son foie, au moment opportun, avant la formation du pus? Quoi qu'il en soit de cette explication que je risque a tout hasard, la clinique montre bien la grande utilité du salicylate de soude à une dose moyenne de 2 ou 3 grammes par jour dans toutes les maladies du foie dans lesquelles il n'y a pas de lésions qui ne peuvent plus rétrocéder.

Cette candidature est renvoyée à une commission composée de MM. Leudet, Ladreit de Lacharrière et Coudray, rapporteur.

M. le Président, au nom de la Société, salue M. de Lacharrière, convalescent d'une maladie grave et le félicite de sa guérison.

M. Ladreit de Lacharrière, très touché, remercie en quelques mots la Société et son Président.

Dépouillement du Scrutin. — M. Laquerrière est nommé, à l'unanimité des membres présents, membre titulaire de la Société.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire Général,
F. Buret.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Rédacteur spécial : M. le Dr P. KERAVAL.

X. — Swedenborg; par G. Ballet. (Paris, in-16, 1899, Masson et Cie, édit.)

X. — Ceux qui n'ont pas lu ce visionnaire du XVIIIe siècle ont, par ce livre, l'occasion de se rendre compte de la nature de ses œuvres; ceux qui l'ont lu, ont, dans les détails donnés par M. Ballet, des éléments d'appréciation qui, certainement, leur avaient manqué jusqu'ici. Ceux qui sont aliénistes prendront une bonne leçon d'analyse médico-psychologique d'excellent aloi. J'espère, en tous cas, qu'il en est peu qui n'aient pas, au moins par la fréquentation de Balzac, été frappés de l'influence du prince des Voyants sur les classes élevées de la société pendant une certaine époque. Mais il est impossible de penser qu'il en soit beaucoup qui se doutent : 1° qu'il avait fondé une Eglise, la Nouvelle Jérusalem; 2° qu'il existe encore, de par le monde, plus de 100.000 fidèles de cette église, dont 15 à 20 à Paris, près du Panthéon, rue Thouin.

Quoi qu'il en soit, ces indications font déjà pressentir que, comme le dit l'auteur de ce petit volume, « la personnalité de cet homme étrange offre de singuliers attraits à l'historien, au psychologue et au pathologiste. » Il a vu des vérités scientifiques, et, en même temps, il a cru voir des esprits. « Doué d'une activité prodigieuse, d'une intelligence remarquable et variée, tour à tour littérateur, poète, homme de sciences théoriques et pratiques, c'est peut-être le plus original des hallucinés mystiques qui se soient jamais rencontrés. » Pour en avoir la preuve, on n'a qu'à suivre les trois phases de sa vie, son enfance, sa production littéraire et scientifique, 1688-1744, ses visions et extases, 1745-1772, racontées dans les deux premiers chapitres. Lorsqu'on se sera bien imprégné de sa doctrine, de ses idées générales, et des extraits de ses écrits, de ses œuvres théosophiques en un mot (ch. III), on aura la substance de son Moi en quelque sorte.

La psychologie morbide a surtout à cueillir, dans ses *Arcana Cœlestia*, son livre sur les *Terres dans notre monde solaire et dans le ciel astral* et le *Traité du ciel et de l'enfer*, tous deux écrits d'après ce que Swedenborg a *vu* et *entendu*. La richesse de détails imaginaires dus à l'éréthisme de tous les centres cérébraux, prodigue ample moisson au psychiatre, étonné que, selon l'expression populaire, il ne soit point devenu fou à lier, car, non seulement il a pénétré les secrets de l'au-delà, il a conversé avec les esprits, mais il a eu de fréquentes relations avec les morts, avec David, Aristote, Saint-Paul, Sixte V, Newton, Ignace de Loyola, saint Xavier, Louis XIV, etc, etc... Il a, en sus, établi un panthéisme basé sur la prétendue correspondance des objets des trois règnes du monde naturel et des choses du monde spirituel : viscères, esprits, anges, corps humain et ses organes, ciel, etc, etc. ; ceci est du reste le propre des savants le moins hallucinés, à l'aurore des civilisations, chez tous les peuples, et rien de plus intéressant que de pénétrer leurs systèmes de corrélations.

Quel diagnostic est-il légitime d'appliquer à Swedenborg?

Il a eu des hallucinations : ces hallucinations tiennent une très grande place, la première, dans les manifestations morbides que l'on rencontre dans l'œuvre et la vie de ce travailleur acharné, mais tout autorise à penser que ces hallucinations, dont il a été pendant trente années le jouet, ont été précédées d'une longue période d'incubation, pendant laquelle les dispositions mystiques du théosophe se sont organisées et développées. Telle est la proposition soutenue par M. Ballet. Ces hallucinations ont été visuelles — visuelles élémentaires, visuelles verbales, — auditives (élémentaires, communes, verbales), — psychiques (auditives et motrices). Il a également éprouvé des hallucinations de la sensibilité générale, il semble aussi avoir été télépathe. La multiplicité de ces accidents, leur persistance, leur association, l'état fréquent de somniation qui les accompagne, constituent autant de traits à souligner. Aussi Swedenborg fut-il à la fois mégalomaniaque, il se crut « appelé à une sainte fonction par le Seigneur lui-même » (voyez la doctrine de la *nouvelle Jérusalem*), et persécuté : il a été en lutte avec les sirènes féminines ou masculines, il a été taquiné et harcelé par de mauvais esprits.

Donc, à la base, une conviction erronée, qui a pris corps, à l'âge de 52 ans, la croyance en une illumination d'en haut. Cette conviction est entretenue, alimentée, par des troubles hallucinatoires nombreux, dont la physionomie rappelle ceux du rêve, l'esprit se mouvant, par un pur automatisme, dans un monde fantastique. Chez Swedenborg, pourtant, la désagrégation de la personnalité n'est pas complète : il continue, dans la vie courante, à juger avec la justesse, à raisonner avec la logique d'un esprit qui, depuis longtemps, s'est affirmé supérieur ; mais les visions du rêve s'assimilent à la conscience au point que ce qui reste à Swedenborg de sens critique est insuffisant à lui en montrer le caractère illusoire. Ce fut un *théomane raisonnant*. Ainsi parle M. Gilbert Ballet, dans les quatrième et cinquième chapitres, et ceux qui liront, j'engage tout le monde à le faire, le texte complet de ces chapitres, conviendront que j'avais fort raison de leur annoncer une bonne leçon d'analyse médico-psychologique d'excellent aloi et de style parfait.

XI. — Gedenkschrift ter herinnering aan het 50-jarig bestaan van het gesticht Meerenberg; par J. van Deventer et G. C. van Walsem, in-8 (Amsterdam, 1899) van Rossen, édit.).

XI. — Pour célébrer le cinquantième anniversaire de l'asile de Meerenberg, les médecins qui ont été ou sont encore attachés à l'établissement, font paraître ou réunissent une collection de mémoires propres à jeter de l'éclat sur la maison et le pays.

On trouvera dans ce volume, après la préface de ceux qui se sont donné la peine de la publication, les articles suivants :

Contribution à l'histoire de l'introduction du no-restraint à Meerenberg, par van Persyn. — Les portraits des médecins avec une lettre de A. Th. Moll. — Contribution à la connaissance de l'histoire du développement du grand sympathique, par C. K. Hoffmann, avec planches. — Le psychiatre devant la justice, par F. M. Cowan. — La démence paralytique aux Indes orientales hollandaises, par P. C. J. van Brero : treize observations chez les Européens pur-sang; huit observations chez les métis; quatre observations chez les indigènes; tableaux synthétiques ; étude nosographique. — L'infirmerie des aliénés, par F. C. Dorberke. — Meerenberg comme asile de traitement et d'hospitalisation, avec tableaux, mouvements, par J. van Deventer et W. Warmolts. — La progression du nombre des aliénés dans la province du nord de la Hollande, par J. van Deventer. — La tuberculose à Meerenberg, par J. van Deventer et A. M. Benders. Quelques-uns des chiffres de ce travail doivent nous arrêter :

1. Il meurt en Hollande de tuberculose pulmonaire, de la population totale, 0,191 à 0,226 0/0 par an pour les années 1875 à 1895. La maladie tue, de 1880 à 1890, 0,271 de la population au-dessus de 14 ans; moyenne. A Meerenberg, la moyenne de la mortalité par tuberculose est de 1,41 0/0 de 1851 à 1897. — 2. En Hollande, la mortalité par tuberculose pulmonaire, comparée à la mortalité totale, est en moyenne de 8,68 0/0 par an, de 1875 à 1895 ; elle est de 14,18 sur les personnes au-dessus de 14 ans, de 1880 à 1890. La moyenne en est, pour tous les asiles, de 18,1 0/0 de 1852 à 1868 et de 1875 à 1896; elle devient, pour Meerenberg, 18,3. — 3. A Meerenberg, sur les 349 malades atteints de tuberculose, 187 étaient hospitalisés depuis moins de 5 ans 53,5 0/0. La tuberculose y atteint 19,5 0 0 des aliénés hospitalisés depuis moins de 5 ans; 32,3 0 0 des aliénés hospitalisés depuis 5 à 10 ans; 32,4 0/0 des aliénés hospitalisés depuis 10 à 15 ans; 27,6 0/0 des aliénés hospitalisés depuis 15 à 20 ans. — 4. La tuberculose frappe surtout les imbéciles, puis viennent du plus au moins l'idiotie, la mélancolie, la folie systématisée, la folie épileptique, la démence, la démence paralytique. — 5. Elle tue principalement de 30 à 40 ans. — 6. 41,3 0/0 des tuberculeux étaient aliénés depuis moins de 10 ans. — 7. Il y a plus d'hommes que de femmes, tant parmi les malades que parmi les morts. — 8. L'hérédité est représentée par 67,9 0/0 ; la tuberculose à l'admission, par 16,3 0 0. — 9. Toutes les causes d'affaiblissement et l'isolement prédisposent à la maladie.

Signalons enfin l'observation originale de démence paralytique de M. N. J. Lemei ; l'observation de folie du doute et délire du toucher chez une neurasthénique, ayant pris le masque d'un infanticide, par J. van Deventer et W. C. J. Verhulst ; les cinq observations d'anévrisme et rupture du cœur, à Meerenberg, par J. van Deventer et A. M. Benders ; quelques remarques sur la technique micrographique, de A. C. Kam ; une iconographie normale du cerveau, de G. C. van Walsem, à rapprocher de son *Versuch einer systemat. Methodik d. patholog. anatom. u. anthropolog. Untersuchung des Centralnervensystems*, le cas Vacher, par G. Jelgersma.

XII. — Le crime, causes et remèdes, par C. Lombroso, Paris, in-8, 1899 (Reinwald, édit.).

XII. — Livre extrêmement documenté, illustré de 12 figures et de 10 planches, dont les détails multiples sont souvent obscurs à force d'épluchage. Il se compose de trois parties : l'étiologie du crime, la prophylaxie et la thérapeutique du crime, la synthèse et les applications pénales. Un appendice tout aussi intéressant traite de l'histoire des progrès de l'anthropologie et de la sociologie criminelles de 1895 à 1898.

A. — Le *déterminisme*, non seulement du crime en général, mais de chaque espèce de crime, s'appuie sur les influences météoriques et climatériques, orographiques, ethniques. La civilisation possède aussi sa criminalité spécifique comme la barbarie — nouveaux crimes modernes — mais elle a ses remèdes. La densité de la population, l'immigration, l'émigration, la natalité, l'alimentation, la disette, le prix du pain, l'alcoolisme sont minutieusement analysés, en tant que fauteurs de crimes. En ce qui concerne l'instruction, il y aurait une criminalité spécifique pour les illettrés, la plus féroce; une criminalité pour les lettrés, la plus douce et aussi la plus astucieuse : c'est moins l'instruction qui importe qu'une instruction bien comprise. Le facteur économique exercerait de son côté une grande influence sur la criminalité, non cependant que la misère en soit la cause principale, car la richesse exagérée ou trop rapidement acquise y prend pour le moins une aussi large part, et misère et richesse sont souvent paralysées par l'action ethnique et climatérique. L'étiologie de la religion est beaucoup plus complexe. « Les seules religions qui, dit Lombroso, peuvent empêcher le crime, sont celles qui sont fanatiquement, passionnément morales, ou bien les religions naissantes ; les autres servent autant ou peut être moins que l'athéisme. » Le chapitre de l'éducation des enfants illégitimes et des orphelins développe des thèmes connus, y compris celui des perversités innées, inexplicables. Très lumineux, celui de l'hérédité, sauf, à notre avis, cette phrase : « les enfants se distinguent, dans la fonction héréditaire, dans le même sens que les parents du sexe correspondant ». De l'âge, de la précocité, de l'état-civil, des professions, des prisons, des journaux, de l'imitation, des associations de malfaiteurs ou malfaisantes, de l'oisiveté, la seule mention suffit : on se reportera, avide de mécanisme, aux sections en question. Celle du sexe et de la prostitution nous incite à relever : « La femme est quatre ou cinq fois moins délinquante que l'homme et commet seize fois moins de crimes graves que lui. L'influence des grandes villes sur l'accroissement des délits est plus grande sur le sexe féminin. La prostitution explique et suppléé la moindre criminalité de la femme ». Dans le dix-huitième et dernier chapitre de la première partie que nous venons de résumer, les causes des crimes politiques sont examinées : l'auteur incrimine vivement la plus faible pression de l'air.

B. — Qui ne connaît aujourd'hui le système des *mesures prophylactiques?* Voyons comment on arrivera à prévenir et à guérir. Le nom de Ferri est justement attaché aux substitutifs pénaux. Appliquons-les aux causes du crime. Dans les climats chauds, il faut développer l'hydrothérapie publique, régulariser la prostitution, veiller à une justice plus expéditive en adaptant le code aux milieux. Contre la barbarie, les voies de communication, une répression rapide et rationnelle, l'abolition du jury, des gardes civiques, de l'élection populaire des juges, des sociétés secrètes, des communautés, la surveillance et la régularisation des émigrations, la poursuite à outrance des associations de malfaiteurs, la suspension des institutions libres. Les effets pernicieux de la civilisation seront réfrénés par la dissémination des universités, laboratoires, collèges, etc., la suppression des repaires de criminels, la sélection des immigrés, l'organisation d'une police scientifique et internationale, l'em-

ploi des méthodes d'identification. La prévention des excès sexuels s'obtiendra par le divorce, les mariages d'affection, la régularisation de la prostitution, la surveillance des écoles, des ateliers, des impubères; celle de l'escroquerie par la surveillance de la banque, la diminution des représentants de la nation, dont on limitera le mandat et à qui l'on ôtera tout privilège, par le développement de la liberté de la presse, la décentralisation, la diminution effective des fonctionnaires devenus plus responsables. Toute la liste des moyens antialcooliques, et tous les éléments du socialisme d'Etat, sont exposés dans les chapitres 3 et 4; Lombroso insiste sur l'influence économique, de beaucoup supérieure à la religion, (chapitre 5), parce que, seule, elle agit sur les masses. L'instruction, dangereuse pour le criminel, salutaire aux personnes honnêtes, doit par conséquent céder le pas à l'éducation spéciale du criminel-né : les espèces de procédés et de détraqués sont judicieusement déshabillées — voir l'*Orthophrénopédie* de H. Thulié. La justification de ces propositions est, en quelque sorte, contenue dans les chapitres 7, 8, 9. Ainsi le crime politique exprime et indique le malaise des masses, comme le délit celui des individus : associez la démocratisation du parlement à la correction du suffrage universel par le vote rationnel des capacités — le prolétaire uni au savant — restreignez l'immunité et la puissance du député, affranchissez les juges, graduez prudemment les innovations, usez du referendum, rajeunissez l'instruction et faites du socialisme d'Etat. Aucune des méthodes de pénalités actuelles n'est efficace : graduez et individualisez les châtiments.

C. — La troisième partie est, du reste, une sorte de résumé de fonds. Le crime est le plus souvent le résultat de l'épilepsie fusionnant avec l'atavisme. Il faut savoir distinguer de ce criminel-né, le criminaloïde, le fou criminel, le criminel par passion, par occasion. Dans ces conditions, les causes du crime n'en sont que trop souvent la « dernière déterminante, étant donné la grande puissance de l'impulsivité congénitale ». Et ses circonstances sont équivalentes aux causes organiques, exemple : la chaleur, l'alcool, l'hérédité, la race, etc. Le crime constitue alors un phénomène naturel, nécessaire comme la naissance, la mort, la conception. Il est néanmoins nécessaire aussi de punir en mesurant la peine au degré de crainte qu'inspire le criminel (Garofalo). Les peines, selon l'anthropologie criminelle, seront adaptées, proportionnées au crime, au criminel, et surtout surveillées : ainsi est-il fait dans les chapitres 2 et 3, qui ne se plient pas à un simple enregistrement. L'Angleterre et la Suisse ont déjà démontré l'utilité pratique de ces réformes, dont il dérive des applications à la critique pénale, aux expertises psychiatriques, à la pédagogie, aux lettres et aux arts. La *peine de mort* est indispensable aux criminels sanguinaires incorrigés.

Le crime toutefois a son utilité. La guerre, qui est un mal dans les civilisations avancées, est, en revanche, pour les peuples à demi barbares, le point de départ d'immenses progrès : formation des nationalités notamment. La prostitution, qui est l'équivalent du crime, peut prévenir quantité de délits sexuels. L'usure donna naissance à la bourgeoisie et aux capitaux qui engendrèrent les entreprises les plus puissantes. La flotte anglaise doit son origine aux pirates. Les procès criminels servent aux avocats à faire passer dans leur poche l'argent que les criminels volent aux honnêtes gens. Tout cela n'eût pu subsister pendant tant de siècles si, en fait, l'utilité qui provient de certains crimes chez les peuples barbares n'avait été assez grande pour étouffer dans le cœur des honnêtes gens une juste réaction.

N'empêche que la lutte contre le crime ne soit utile, à l'aide de moyens de répression moins sévères, de la création d'institutions permettant d'utiliser le criminel au même degré que l'honnête homme. Au surplus, les crimes s'atténuent au cours des âges, de concert avec l'atténuation des dures inégalités sociales, de l'insuffisance du travail pour la lutte pour l'existence, de l'excès de la richesse. Il est vrai qu'il existe un groupe de criminels nés pour le mal, ce qui nous contraint à leur élimination radicale, même par la mort. Quant aux criminaloïdes, on doit essayer de les adapter à la vie par les cures médicales, les travaux guerriers, chirurgicaux, les emplois dans la police, le journalisme, la colonisation. Telle est la *culture symbiotique d'acclimatation* du criminaloïde à la civilisation : exemples déjà effectués.

XIII. — Les différentes manifestations de la pensée, par Jules Guérin. (Paris, in-8°, 1899, F. Alcan, édit.)

XIII. — Après avoir coordonné les connaissances actuelles et condensé les résultats des expériences faites sur le cerveau, l'auteur se croit autorisé à dégager les conclusions suivantes :

Il n'y a aucune différence de nature entre les manifestations de la pensée chez l'homme et chez les animaux; il n'y a qu'une différence de quantité, de complexité et de qualité. La pensée et la conscience supposent la sensation : toutes les fois qu'il y a pensée ou conscience, il y a sensation, association de sensations, élaboration de sensations. Les poisons cérébraux amenant des troubles dans le substratum de la sensibilité, modifient les phénomènes de désintégration et de redintégration cellulaires, engendrant chez l'animal soit de l'anesthésie, soit de l'hyperesthésie. La pensée est l'expression la plus parfaite du travail cérébral. La pensée, aussi bien que la conscience, suppose la sensation : la cellule nerveuse est le substratum de la sensibilité, par suite de la pensée et de la conscience; quand la sensibilité disparait, la pensée et la conscience doivent aussi disparaître, ou, mieux, le substratum de la sensibilité se désagrégeant et venant à mourir, les phénomènes qui dépendent de son existence sont éteints pour toujours. Il ne faut pas confondre le *moi* et la sensation. Celle-ci implique bien qu'il y a une matière vivante et organisée qui réagit à l'excitation, qui peut même réagir par des mouvements appropriés, coordonnés, mais cette appropriation, cette coordination, n'entraînent point nécessairement l'existence d'un *moi* sentant. Ce *moi conscient*, c'est de la *pensée spécialisée*, dirigée vers l'observation de soi-même. Cette connaissance de notre personnalité, qui entre dans la plus grande partie de nos processus psychiques, cette connaissance de notre moi, claire, nette, bien coordonnée, est une élaboration psychique par excellence. La volonté, de même que la conscience, est le produit de la sensation. Les idées, qui naissent des sensations, ou plutôt de leurs résidus, s'associant dynamiquement, sont des forces, et la résultante de ces forces emmagasinées dans le cerveau est ce que l'on appelle vulgairement la volonté. Il est bien évident que cette volonté n'est pas libre, puisqu'elle est un résultat et non pas une cause. Les actions des atomes et leurs réactions entre eux, phénomènes qui paraissent assujettis aux lois mécaniques, donnent naissance à des associations cellulaires, et, dans les cellules, les phénomènes physico-chimiques produisent des manifestations particulières qui sont la vie, vie dont une des propriétés essentielles est la sensation. L'esprit humain varie à l'infini, et il n'est nullement capable d'acquérir le même degré d'instruction. Les hommes ne sont pas égaux de par leur nature, et si la culture intellectuelle peut développer et perfectionner cette nature, il est impossible de dire dans quelles proportions. Les lois de sélection et d'hérédité, les circonstances dans lesquelles l'homme peut se trouver placé, le milieu dans lequel il vit, les hasards de la parturition, de l'accouchement, les vicissitudes de l'éducation, tout cela peut contribuer à produire des enfants absolument différents de leurs parents et tout à fait dissemblables. La diversité de l'esprit humain existe encore dans des circonstances identiques. Mais comme, en droit, on est incapable de prévoir au moment de la naissance ce que les hommes deviendront dans la suite, c'est un devoir de donner à ses semblables la meilleure éducation possible, la plus capable d'atténuer les inégalités naturelles et de placer l'humanité dans un état voisin de celui de l'égalité.

XIV. — Oreille et épilepsie, par L.-J. Taillade. (Lyon, in-8°, 1899). P. Legendre, éditeur.

XIV. — De trente-six observations pour la plupart personnelles, M. Taillade tire que les différents modes de relation entre l'oreille et l'épilepsie, considérés chez le même individu, peuvent être réunis en cinq groupes :

1° Les manifestations auriculaires et l'épilepsie peuvent coexister, sans avoir de rapports; 2° L'épilepsie et les troubles de l'oreille sont des symptomes d'une même affection qui leur a donné naissance en même temps ou successivement; 3° Les

maladies de l'oreille sont susceptibles de donner des crises épileptiques. Cette épilepsie peut être d'origine réflexe. Elle apparaît d'autant plus facilement que le sujet, porteur de la lésion de l'oreille est prédisposé par des antécédents héréditaires ou personnels à réagir par des crises convulsives aux moindres irritations. Mais les causes d'erreur sont fréquentes. Soignez les maladies de l'oreille chez les épileptiques. 4° L'épilepsie est susceptible d'occasionner, avant et après les crises, différentes manifestations auditives (aura, bruits subjectifs, surdité). 5° On a voulu voir dans les malformations du pavillon chez les épileptiques un stigmate physique de dégénérescence. Sans contester l'importance qu'elles peuvent avoir en certains cas, elles sont trop fréquentes chez l'individu sain, pour permettre des conclusions catégoriques.

BIBLIOGRAPHIE

Archives d'anthropologie criminelle, de criminologie et de psychologie normale et pathologique; par les Drs LACASSAGNE et G. TARDE. (Année 1899 1900.)

Métissage, dégénérescence et crime; par le Dr NINA RODRIGUES.

M. Nina Rodrigues est, on ne peut mieux placé, pour étudier le métissage dans l'étiologie de la dégénérescence et du crime. Le Brésil où il exerce est, en effet, le pays où l'on rencontre les métissages les plus compliqués entre les éléments les plus disparates. La circonscription de Serrinha, Etat de Bahia, dont il a fait le champ particulier de ses observations, est presque entièrement, presque exclusivement peuplée de métis. L'élément dominant de sa population, l'élément *pardo* est le produit d'un triple métissage de blancs, de noirs, de jaunes, en proportions très variables. Les nègres sont nombreux, et ce sont les mulâtres de différentes nuances qui ont, après les *pardos*, la plus grande importance numérique. Viennent ensuite les *curibocos*, de sang indien et nègre. Les quelques blancs observés sont, en général, des descendants de mulâtres qui ont graduellement fait retour au type blanc. Le pays est des plus salubres. Les habitants du chef lieu, Serrinha, sont laborieux et sobres. Ceux de la campagne obtiennent des troupeaux et du sol, sans beaucoup d'efforts, de quoi vivre dans des conditions satisfaisantes. Ils sont d'ailleurs peu entreprenants et encore moins ambitieux. Aucune cause extérieure, particulièrement déprimante, n'a pu agir sur leur développement. Cependant, chez eux, « la propension aux maladies mentales, aux affections graves du système nerveux, à la dégénérescence physique et psychique est des plus accentuées. »

La *neurasthénie* est extrêmement fréquente L'épilepsie ne l'est guere moins. « De véritables monstruosités et jusqu'à de simples stigmates de dégénérescence, tels que becs de lievre, gueules de loup, surdi-mutité, s'associent à des manifestations nombreuses de la dégénérescence inférieure. » M. Nina Rodrigues a vu à Serrinha, huit enfants, dont les anomalies présentent les caracteres les plus avancés de la dégénérescence physique. Dans une seule famille, il a trouvé deux cas d'idiotisme, quatre d'imbecillité et deux de surdi-mutité. Il a en même temps relevé douze cas de folie, appartenant à des familles degénérées sans liens de parenté entre elles.

Des métis se sont montrés remarquablement doués. Mais leur intelligence, suivant M. Nina Rodrigues, était superficielle et souvent d'une vivacité maladive, qui n'était qu'un symptôme de plus d'une tendance dégénérative. Les trois frères Reboucas sont souvent cites comme témoignage de la valeur des métis. Le premier était professeur à l'Ecole de Médecine de Bahia; le second, ingenieur, professeur à l'Ecole polytechnique de Rio-de-Janeiro; le troisième, jurisconsulte. Mais le premier est mort, atteint de folie, le second s'est suicidé, etc. M. Ladislau Netto a remarqué que dans les familles mulâtres, les enfants chez lesquels s'accentuent les caractères de la race nègre, sont les plus intelligents.

Il paraîtrait que, sous les tropiques, c'est le sang blanc qui est la source des dégénérescences, alors que sous le climat tempéré du sud du Brésil, c'est le sang nègre. « Si l'on compare les blancs du Nord, dit M. Nina Rodrigues, blancs intelligents, mais pâles, affaiblis, anémiés, avec les habitants du Sud, robustes, vigoureux, sains et colorés, le contraste est des plus frappants. Et l'élément blanc qui se mélange ne s'éteint pas moins, ne crée pas une cause moindre de dégénérescence. Je sais des cas en nombre considérable où des métis, même de deuxième ou de troisième sang, ayant reçu une dose nouvelle de sang blanc, continuent à dégénérer au lieu de s'améliorer. »

A côté des tares physiques et morales, ou plutôt parmi les tares les plus graves, il faut compter les manifestations criminelles. Elles ne sont pas aussi fréquentes à Serrinha. Cependant M. Nina Rodrigues cite plusieurs cas comme celui de cet enfant de neuf ans qui tue son père par surprise pour s'éviter d'être réprimandé, qui sont des monstruosités tout à fait exceptionnelles chez nous. Le parricide en question, *pardo*, où les caractères du mulâtre et ceux du *mameluco* sont parfaitement combinés, a cinq cousins dont quatre sont atteints d'affections tératologiques. On trouverait probablement en Europe, par exemple dans le sud de l'Italie, des localités où les familles criminelles sont bien plus nombreuses qu'à Serrinha, mais on n'en trouverait peut être pas où les crimes d'une violence aussi sauvage sont aussi fréquents. Il en résulte pour notre auteur les pronostics les plus défavorables pour la population métisse du Brésil. « Le croisement de races aussi différentes anthropologiquement que le sont les races blanche, noire et rouge, a donné un produit mal équilibré et de faible résistance physique et morale, ne pouvant se faire aux climats du Brésil ni aux conditions de la lutte sociale des races supérieures. » M. Nina Rodrigues lui-même n'entend pas ainsi condamner tous les croisements quelconques, mais seulement ceux entre races très distantes moralement et physiquement. Et il signale d'ailleurs, contrairement à ce qu'on eut pu supposer, une fécondité prolongée chez les métis brésiliens. Dixon a affirmé que les mulâtres devenaient stériles à la quatrième génération. Son observation est peut-être incomplète, surtout au point de vue des conditions sociales, elle ne se rapporte peut-être qu'aux mulâtres provenant de croisements entre noirs et blancs anglo-saxons, qui sont eux-mêmes déjà si éloignés des blancs du sud de l'Europe. En tout cas, chez les populations métisses des régions centrales du Brésil, il y a une exubérance intarissable de l'eugénésie. Même dans des familles très dégénérées, on voit la lignée s'étendre à une dizaine d'enfants. La fécondité est même excessive. M. Nina Rodrigues a vu souvent des ménages comptant plus de dix enfants. Beaucoup en ont quinze et quelques-uns vingt et plus.

L'esprit de groupe, par G. Tarde. L'esprit de groupe ou l'esprit de corps, d'une étude fort complexe, fort intéressante, est du domaine de l'histoire, comme de la sociologie. M. Tarde en traite brièvement, avec sa pénétration habituelle, du point de vue du sociologue, qui est celui du politique, s'élevant à un certain degré de généralisation plus ou moins impartiale. Il s'observe partout et naît spontanément des groupes sociaux les plus humbles. M. Tarde aurait pu dire tout de suite qu'il est l'expression, la forme inévitable du besoin de réagir et de se defendre contre le milieu dissolvant, de tout agrégat social quelconque. L'esprit de groupe est à la fois ou tantôt *esprit de famille, esprit de métier, esprit de secte religieuse, esprit de nation* ou *patriotisme, esprit de civilisation.* Il se manifeste sous ces différentes formes de façons parfois bien puériles, bien surannées et grotesques même, et puis tyranniques et mauvaises, contraires à tout progrès. De lui peuvent sortir toujours et sortent souvent les plus funestes actes d'intolérance, le sot orgueil, le fanatisme, la haine jalouse. Mais il constitue aussi pour l'homme dans sa famille, sa profession, sa patrie, un point d'appui, une discipline morale, un moyen de coordination des efforts. Il tend à se dissoudre aujourd'hui parce qu'on est moins attaché aux traditions et qu'on sent davantage la puérile vanité des distinctions, des uniformes, des galons, etc. La vie est du même poids pour tous, et pour tous ceux qui en portent le fardeau vaillamment, le mérite est le même, quelles que soient les conditions sociales. Nous devenons plus libres, en devenant plus égalitaires. Néanmoins l'esprit de groupe change plutôt qu'il ne se dissout, du fait du changement qu'éprouvent les agrégats sociaux, dans leur base et leur objet. Car il renaît sans cesse dans toute Asso-

ciation qui se forme. « Dans les Congrès mêmes, remarque spirituellement M. Tarde, on voit, à mesure que la discussion se prolonge et que les congressistes ont eu plus de temps pour s'impressionner les uns les autres, pour se créer une atmosphère intellectuelle à part, croître l'orgueil corporatif et l'intolérance corporative qui en est la suite. On finit par n'y plus souffrir la moindre dissidence ; et on y flaire l'hérésie de très loin, avec la finesse de perception de l'inquisiteur le plus exercé. On ressent un mépris profond, pour les congrès quelconques autres que le sien. Heureusement qu'ils sont généralement courts. » Comme ces reflexions sont à propos? Et en elles, quelle revanche du bon sens, après les trois cents conciles qui viennent de se tenir dans le but unique, parfois, d'entourer de solennités pompeuses, des faits si minuscules, de si futiles incidents, un inutile parlottage et les épanchements de vanités personnellos plutôt vilaines.

Taille et délinquence. — Etude statistique par M. J. Marty. M. Marty a relevé, au régiment, le casier judiciaire de deux cents hommes, d'une taille de 1m 56 et au-dessus ; de deux cents hommes d'une taille de 1m 65 et de deux cents hommes d'une taille de 1m 73 à 1m 80. Et voici à quelles conclusions il est arrivé : « Les petites tailles ont offert le deuxième rang, comme âge, à la première condamnation et comme chiffre des condamnations avant l'incorporation. Elles ont présenté la proportion maxima de vagabondage, de crimes et de délits contre les mœurs, d'infractions aux jugements antérieurs, d'ivresse. Elles ont offert le plus grand nombre de condamnations après l'incorporation. Leur proportion de punitions encourues au corps est moyenne. Les tailles moyennes ont présenté l'âge le plus tardif pour la première condamnation. Ce sont elles qui ont présenté le plus de condamnations antérieures à l'incorporation. On y trouve le maximum des vols et similaires, des délits de chasse et le minimum des crimes et délits contre la propriété avec destruction. Les grandes tailles sont celles où l'âge moyen, après la première condamnation, a été moins élevé. La moyenne des condamnations, avant l'incorporation y a été minima. Elles tiennent la tête pour les faux, les crimes et les délits contre les personnes avec violence... Elles ont, par contre, le minimum pour le vagabondage, les crimes et les délits contre les mœurs... »

Tout cela est bien possible. Mais il serait possible aussi que les choses fussent autrement. Un autre statisticien démontrerait par exemple que, contrairement à ce qu'affirme M. Marty, les petites tailles ont présenté le moins de condamnations antérieures avant l'incorporation, que je n'en serais point surpris. Et je n'en serais pas non plus bien plus avancé. S'il y une relation quelconque entre la délinquence et les caractères physiques, on ne voit pas comment on peut la dégager en considérant la taille en elle-même et exclusivement.

Contribution à l'étude des aliénés, poursuivis, condamnés et acquittés, par le Dr Marandon de Montyel. Au congrès d'anthropologie criminelle de Marseille, M. Taty estimait à cinq ou six cents le nombre des condamnations qui auraient frappé des aliénés pendant une période de cinq ans. D'après ses propres constatations dans le seul département de la Seine, M. Marandon de Montyel a établi que, sur 100 aliénés hommes admis annuellement dans les asiles, les condamnés victimes d'erreurs judiciaires seraient dans la proportion de 1.07. Comme il y a en moyenne à Paris 2.200 admissions d'hommes par an, on a pour le sexe masculin la proportion annuelle de 23.5 erreurs judiciaires. Si on y ajoutait celles relatives au sexe féminin, on se rapprocherait beaucoup de la proportion de 50 aliénés condamnés par an. Il y en a plutôt davantage. Car il ne s'agit que d'une approximation. Supprimer toutes les chances d'erreur en matière judiciaire est pour jamais impossible. On peut du moins en réduire sans cesse le nombre. Et il est bien de notre devoir de faire pour cela tous nos efforts. Les juges ne consultent pas assez souvent les médecins, toute leur raison d'être étant en effet basée sur le seul principe de la responsabilité humaine. Et lorsqu'ils les consultent, ils ne les écoutent pas toujours. M. Marandon do Montyel pense que c'est faute d'être en état d'apprécier les éléments de certitude sur lesquels les médecins peuvent s'appuyer. On a recommandé l'organisation, dans les facultés de droit, de l'étude de la folie considérée dans ses rapports avec la législation pénale et civile. Cet enseignement, pour M. de Montyel, serait plus nuisible qu'utile, car il est impossible d'apprendre à des étudiants en droit la médecine légale de la folie. Ce qu'il faut, c'est rendre l'expertise obligatoire dans tous les cas de doute sur la raison des accusés, c'est étendre le rôle des médecins devant les tribunaux. Et il s'étonne à bon droit de « l'absence radicale de toute expertise médico-légale devant les conseils, de guerre et de discipline. » Jamais, devant ces conseils on ne songe à examiner l'état mental des accusés. Les aliénés civils ne sont qu'exceptionnellement victimes d'erreurs judiciaires; les aliénés militaires le sont toujours. En se servant de la statistique officielle, M. Grandjux a trouvé que le nombre des aliénés est, par rapport au reste de l'armée, double dans les bataillons d'Afrique, quadruple dans les établissements pénitentiaires, et huit fois et demie plus considérable dans les compagnies de discipline.

Les morts qui gouvernent, par Matignon. J'ai déjà rendu compte d'études de M. Matignon sur la Chine. Elles sont très documentées. Mais, comme je l'ai dit, M. Matignon n'est pas encore parvenu à se défaire de cette partialité malveillante de l'Européen pénétré de sa supériorité vis-à-vis de la vieille civilisation chinoise. Dans ce nouveau mémoire, il s'occupe du culte des ancêtres en Chine sous sa forme populaire extérieure. Et à ce culte, source d'une moralité si solide, il ne voit d'autre origine, d'autre inspiration que la plus grossière terreur des esprits malfaisants. En dehors de leurs rites spéciaux, les Chinois ont, comme nous, la coutume de faire chaque année une promenade en foule à la tombe des morts : Les premiers jours de cette fête, dite du *Tching-Ming*, sont consacrés au pauvre diable sans famille, aux Célestes morts loin de leur pays d'origine. Les amis, les membres des sociétés dont ils faisaient partie, viennent leur faire de modestes offrandes. C'est déjà assez touchant. On raconte en outre que, même les voleurs qui tiennent la campagne, reviennent dans leur village pour y accomplir cette cérémonie. « Un mandarin en train de traiter une importante affaire d'Etat n'hésite pas à en arrêter le cours, pour pratiquer le *Tching-Ming*, et cette interruption ne lui attire aucun blâme. » Tout cela en Europe serait admirable. En Chine, c'est plutôt vilain, aux yeux de M. Matignon, et il le dit. Chez nous rien n'est beau comme « le respectueux souvenir que nous gardons de nos morts, véritable culte qui nous fait, à certaines dates, accomplir un pieux pèlerinage à leur tombe, pour y déposer qui des fleurs, qui une pensée, qui une prière. En Chine, il n'en est pas de même : on s'inquiète des morts sans cesse parce qu'on les craint. Le mobile est donc tout à fait différent : ici, affaire commercialo, calcul, intérêt; là-bas, affection, pieux souvenir. » Ainsi, quand des amis font des offrandes à la mémoire de gens morts à l'étranger, quand des voleurs reviennent au village attirés par le souvenir des bons ancêtres; quand un mandarin néglige ses affaires pour rendre ses devoirs aux défunts de sa famille, il n'y a rien autre chose en Chine qu'une affaire commerciale, un calcul, un intérêt! l! C'est bien curieux, en vérité! Et combien faut-il que les Chinois diffèrent de nous! Mais pour M. Matignon, « la *Chine ne pense plus. C'est un anachronisme psychologique.* » Si les Européens l'abandonnaient, loin de profiter des leçons reçues, elle reviendrait sans y rien changer à ses vieilles idées, à son ancien système. « Il faudra plusieurs générations et une éducation constante pour arracher à leur léthargie les cellules cérébrales des Chinois et les adapter à des vibrations nouvelles. » Il n'y a pas de *péril jaune.* ZABOROWSKI.

Le Hoquet et son traitement, par D.-J. CODINA-CASTELLVI. (*Revista de Med. y cir. pract.*; nos 653 et 654.)

Ce mémoire est un véritable traité complet du hoquet. Regrettant les lacunes des livres de physiologie à ce sujet et relevant les erreurs de Mahon et de Boerhaave, l'auteur montre par des citations bibliographiques et par ses propres observations quels sont les états normaux ou morbides qui prédisposent au hoquet ou qui le produisent. Dans bien des cas, on peut attribuer à une maladie predominante la cause d'un hoquet dépendant, en réalité, chez le patient en question, d'un état général ou secondaire passé inaperçu. Très curieuse l'histoire d'un malade, pris annuellement d'un terrible hoquet incoercible durant des semaines et qui ne cède qu'à des saignées répétées, en même temps survient une bronchite égale-

ment périodique, mais dont le hoquet est indépendant. Le hoquet, acte respiratoire pathologique, « toux à rebours », est le plus souvent un épiphénomène dans certains processus morbides, mais parfois, chez des névropathes surtout, il constitue à lui seul toute la maladie. M Codina tente d'en analyser, soit par ses propres vues, soit d'après les recherches de Langpord Symes, la théorie physiologique et conclut avec lui à l'origine sympathique du hoquet, le phrénique n'ayant qu'un rôle secondaire dans ce processus. Le dernier mot est encore difficile à dire dans cet ordre de faits. Et cette obscurité physiologique oblige à s'en tenir encore au traitement étiologique et symptomatique, à défaut de traitement pathogénique. Les moyens pharmaceutiques, hydrothérapiques, mécaniques, électriques, suggestifs sont successivement étudiés, laissant de côté les moyens trop puériles. Intéressants les procédés de Tatovassow, Hénoque, Nathnagel, Lépine, Viant, Laborde, Varangot, Llanos, Galland, etc. L'observation publiée ici même par J. Noir figure dans cet exposé, d'où il ressort que tous les procédés, quels qu'ils soient, agissent par inhibition. Il faut commencer par employer les plus doux et arriver en dernier recours à ceux qui présentent des inconvénients ou des dangers. F. Boissier.

Effets thérapeutiques de la laparotomie simple; par J. Palancar y Tejedor. (*Siglo Medico*, déc. et janv. 1900.)

Une dissertation touffue fort documentée, et appuyée de vingt-neuf observations, conclut à l'utilité de la laparotomie dans toutes les formes de la péritonite tuberculeuse. Seuls un état général très mauvais et des localisations pulmonaires étendues peuvent la contre-indiquer. En cas de récidive, si la première tentative a donné une amélioration suffisante on doit recommencer l'opération. Les localisations osseuses ne doivent pas faire rejeter la laparotomie qui est moins dangereuse et plus efficace que tout ce qu'on a cherché à lui substituer ; mais on ne doit la tenter que quand on est certain de l'inutilité ou de l'impossibilité des moyens plus doux. L'action de cette opération est probablement double : accroissement de la leucocytose et incitation des processus de défense locale. Les effets curatifs sur d'autres inflammations chroniques intra-abdominales et sur certains types de bacilloses intestinales sont indéniables, ainsi que ceux sur certaines hypertrophies viscérales. Plus douteux et moins explicables sont les améliorations prétendues de tumeurs alvines. Enfin, si aucune explication précise ne ressort encore des faits exposés, ceux-ci du moins doivent faire pencher la balance vers l'intervention quand la pensée s'en présente. F. Boissier.

THÉRAPEUTIQUE

Médication ovarienne

La glande ovarienne peut être envisagée : 1° comme une glande ayant une sécrétion externe, celle de l'ovule; 2° comme une glande chargée d'éliminer par le sang menstruel l'excès des toxines organiques ; 3° enfin, comme une glande pourvue d'une sécrétion interne ayant un rôle important dans la nutrition générale. Les phénomènes morbides qui précèdent souvent la menstruation peuvent être considérés comme le résultat d'une intoxication qui disparaît quand les règles s'établissent. Il était tout naturel de penser que, si la maladie des ovaires modifie ou abolit les trois fonctions, on pourrait faire cesser l'intoxication, guérir l'affection ovarienne locale et consécutivemment agir sur l'organisme en général, en rendant à celui-ci le produit ovarien de sécrétion interne : les résultats ont confirmé cette manière de voir. Le traitement ovarien est particulièrement indiqué dans les cas suivants :

1° *Accidents de Ménopause chirurgicale :*

L'ablation des organes génitaux arrête le développement et provoque l'adipose. Ces accidents se traduisent par des bouffées de chaleur au visage, de la céphalalgie, des troubles visuels et auriculaires, des vertiges, des sensations de défaillance, parfois des crises syncopales, de l'asthénie, de l'hypocondrie, un état mental particulier, une extrême irritabilité, une instabilité perpétuelle. On constate encore des névralgies pelviennes, des poussées congestives du côté du foie, des mamelles.

D'excellents résultats ont été signalés par de nombreux auteurs : Jayle, Mainzer, Mond, Chrobak, Muret, Hegar, Knauer, Lissac, Gilbert, Jacobs, Gomès, etc.

Les troubles disparaissent pendant le traitement.

2° *Troubles de la Ménopause physiologique :*

La médication ovarienne réussit bien contre les troubles congestifs qui suivent la ménopause ; les souffrances s'atténuent, puis disparaissent (Brown, Mond, Chrobak, Muret, Jacobs, Jayle, Bestion, Gomès, etc.).

3° *Troubles de l'Insuffisance génitale :*

Dans cette catégorie, on note l'arrêt de développement des organes génitaux, les altérations pathologiques desquelles relèvent l'aménorrhée, la dysménorrhée, etc. Les troubles déterminés par l'hypofonction de la glande ovarienne ainsi que le diagnostic de l'insuffisance ovarienne ont été tout particulièrement signalés par Jayle (*Presse méd.*, mars 1900, p. 133).

4° *Chlorose :*

L'ovaire ne possédant plus sa sécrétion normale détermine, d'après de Spillmann, Etienne et Demange, une auto-intoxication spéciale qui se manifeste par la chlorose Ces auteurs ont combattu avec succès des chloroses de cette origine; ils admettent que le traitement, en facilitant l'élimination des toxines et en introduisant dans l'organisme un principe antitoxique, exerce une action favorable sur l'état général, détermine l'augmentation du nombre des globules et la réapparition de la menstruation.

5° *Maladies nerveuses :*

Elles comprennent : l'hystérie, la neurasthénie, la vésanie, ainsi que la maladie de Basedow (Nacke, Régis, Clément, Muret, Jayle, Toulouse et Marchand). Le traitement tend à établir le flux menstruel, à diminuer un peu le nombre des accès et beaucoup le nombre des vertiges. L'opothérapie ovarienne a donné les meilleurs résultats dans le traitement de la neurasthénie féminine, comme l'a constaté le Dr Ed. Vidal (Soc. de Gynéc., 8 août 1900).

Les expériences cliniques ont montré que le meilleur mode d'administration consiste à donner l'ovaire en poudre desséchée.

La Poudre ovarienne Moncour, obtenue en séchant à basse température des ovaires choisis, se prend très facilement en *Sphérulines* contenant chacune 0 gr. 20 de poudre ovarienne. La médication ovarienne doit être suivie longtemps ; elle est facilement supportée et n'amène pas d'intolérance. Il est bon, pour éviter l'accoutumance, d'observer des périodes de repos pendant la durée du traitement et de faire varier les doses. Celles-ci varient de une à trois sphérulines ovariennes Moncour par jour.

Lorsqu'il s'agit de prévenir les accidents de la ménopause chirurgicale, on commence le traitement quinze à vingt jours après l'opération.

VARIA

Hôpitaux de Paris.

Cours et Conférences cliniques de MM. les Médecins, Chirurgiens et Accoucheurs.

Hôtel-Dieu. — M. le Dr Cornil, conférences d'anatomie pathologique, jeudi, 9 h. 1/2. Laboratoire. Conférences de chimie clinique, samedi, 9 h. 1/2. Laboratoire. — M. le Dr Brissaud, maladies du système nerveux, mercredi, 9 h. 1/2. Salon de la Salle Sainte-Madeleine. — M. le Dr Faisans, maladies des voies respiratoires, tous les jours, 9 h. 1/4. Salles Saint Thomas et Sainte-Anne. — M. le Dr Championnière, clinique chirurgicale, jeudi, 10 heures. Amphithéâtre Desault. Opérations abdominales, mardi, 9 heures. Salle de gynécologie. — M. le Dr Jules Renault, examen des malades; clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2. Consultation. — M. le Dr Marion, exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours, 9 h. 1/2. Consultation.

BIBLIOGRAPHIE

Annuario sanatario d'Italia. (Editeur, tipographia Milanese, V. Strazza, via Gesù, 23, Milan).

Parmi les annuaires médicaux, le nouvel Annuaire sanitaire d'Italie, qui vient de paraître, se présente sous une forme commode pour le lecteur. La rédaction en est particulièrement soignée et les recherches sont facilitées par un classement sérieux par province dans l'ordre alphabétique. En tête de chaque capitale de province, se trouvent les membres du Conseil sanitaire provincial, puis dans l'ordre les médecins-chirurgiens, les vétérinaires, les pharmaciens, les sages-femmes, les hôpitaux et hospices et enfin les eaux minérales. Puisque la direction nous y invite, par une note en première page, nous nous permettons de lui faire remarquer qu'il manque à la fin de l'annuaire la nomenclature générale, par ordre alphabétique, de tous les noms qu'il contient avec par exemple, en regard du nom, le numéro de la page, ce qui permettrait de trouver rapidement la résidence d'un docteur, pharmacien, etc., dont on n'a que le nom. Ce complément indispensable sera ajouté, espérons-le, pour 1902. Nous félicitons bien volontiers les auteurs et éditeur de l'Annuaire sanitaire d'Italie, en leur souhaitant bon succès pour l'avenir. A. R.

Manuel thérapeutique de médecine moderne; par le Dr BERNARD de Cannes). (Editeur, Arger-Hemmerlin, 62, rue Tiquetonne, Paris.)

Le Dr Bernard (de Cannes) a, dans un intéressant volume, dressé la liste des eaux minérales et des spécialités pharmaceutiques. A notre époque, où les spécialités se développent de plus en plus, il est utile d'être exactement renseigné sur leur composition et leur mode d'emploi, et M. le Dr Bernard a rendu un réel service à ses confrères, en rédigeant ce manuel.

Les principales eaux minérales y sont analysées : Aix, Alet, Allevard, la Bourboule, Choussy-Perrière, Contrexéville, Montmirail, Rubinat, Vals, Vichy (source Larbaud, source Lardy), Vichy-Etat (Célestins, Grande-Grille, Hauterive, Hôpital) Saint-Yorre, etc. Parmi les spécialités, nous citerons le vin et l'élixir Bravais, granulé Bravais de la Société Bravais ; — La liqueur anti-arthritique de Muller, les pastilles de Gayac de Morell Mackensie ; — L'arsycodile ferrugineux Leprince, l'arsycodile Leprince, cascarine Leprince, etc., du Dr Leprince ; — Le Bromovaléramine Lacaze ; — Vin de Bugeaud ; — Parmi celles de M. Le Beuf (de Bayonne) nous voyons son émulsion d'huile de cade Le Beuf, le coaltar saponiné Le Beuf, goudron Le Beuf, émulsion concentrée de baume de Tolu Le Beuf ; — Le vin Chassaing, pharmacie Chassaing et Cie ; — Le Crésy-Jeyes et l'ichthyol de la Société Française de produits sanitaires antiseptiques ; — De la maison Freyssinge, nous y trouvons : les capsules Dartois, le glycérophosphate de chaux Fressinge, les dragées de glycérophosphate de fer, le goudron Freyssinge, la névrosthénine, le polyglycéro-phosphate granulé Freyssinge, quassine Frémint et le salicol Dusaule ; — Les ferments purs du Dr de Backer ; — Le carbonate de lithine effervescent Le Perdriel ; — Le gaïacol phosphaté Pautauberge, les capsules Pautauberge et la solution Pautauberge : — Les hypophosphites du Dr Churchill de la pharmacie Swann ; — La farine lactée Nestlé de la maison Christen : — L'émulsion Marchais de la Rochelle ; — Quassine Adrian, de la maison Adrian et Cie ; — Les pilules savonneuses Boissy ; — Les capsules de thyroglandine du Dr Tissot ; — Le vin muscat kino-phosphaté Voguet, de la pharmacie Defrance. Tous produits bien connus des lecteurs du *Progrès Médical*. Parmi les autres spécialités, nous devons signaler celles de la maison Mousnier et Cie, les Pilules du Dr d'Andurran, l'ergotine et l'ergotinine Roussel, le chlorure double de fer et de quinine, le sirop sédatif du Dr Gélineau ; — L'aliment complet Groult ; — Les pilules anhépatiques Christiaëns (de Reims) ; — Les dragées hômagènes Tailleur (de Fontainebleau) ; — Le tribromure de Gigon ; — Apiol Joret et Homolle ; — L'arsenic organique de Glasser, les granules de phosphure de zinc de la pharmacie Coirre ; — Les capsules, le vin et le tridigestif Auguet (de Lyon) ; — Les capsules créosotées glycéro-phosphatées Bély ; — La solution au biphosphate, le sirop au bromure de potassium, de sodium ou polybromuré, la pâte et sirop d'escargots de H. Mure ; — Les biscottes à la légumine diastasée du Dr Woebt, pharmacie Normale ; — Le vin tonique, la caféine, la cocaïne, la colchicine Houdé ; — L'élixir de santé Bonjean ; — L'extrait de Calaya ; — Les dragées Carbonel au perchlorure de fer ; — Le sirop et solution de créosal Dubois ; — Les pilules à la créosote arsénico-phosphatée de Monnier ; — Les capsules curatives A. Puy ; — Les produits antiseptiques Diffins ; — Le sirop de digitale de Labélonye ; — L'Elixir Mialhe à la pepsine, et la solution de digitaline cristallisée Petit-Mialhe ; — L'Emulsion française du Dr Portal ; — Le sucre et liqueur Excelsior ; — Les dragées Foucher à l'iodure de potassium ; — Le Gomenol ; — L'eau hémostatique de Léchelle, vin de Séguin au quinquina ; — Cette énumération serait incomplète si nous ne citions les principaux produits de la maison Fumouze-Albespeyres que voici : les dragées, sirop et pâte Berthé, les bougies, crayons intra-utérins et ovules Chaumel, la liqueur chlorophénique Delabarre, ciment Delabarre (*Mastic dentaire*), bouillie, sirop et dentifrices Delabarre, globules Fumouze, capsules Raquin au goudron et à la térébenthine, pilules Lartigues, vésicatoire d'Albespeyres, etc.

La lecture de ces intéressantes notices permettra donc aux médecins de prescrire en toute conscience des spécialités et des eaux minérales dont ils connaîtront à fond la composition et la valeur thérapeutique. A. ROUZAUD.

Enseignement médical libre.

Cours d'allaitement (Polyclinique H. de Rothschild, 82, rue de Picpus (XIIe arrondissement) — Dr Henri de ROTHSCHILD : Cours d'hygiène et de pathologie de l'allaitement : lundi et vendredi, à 4 heures. — IV. Alimentation des enfants débiles. (Téterelle, gavage, couveuses, laits modifiés.) — V. Soins à donner aux nourrissons. Vêtements, bains, soins de propreté, vaccination, sevrage. — VI. Accidents de l'allaitement. Troubles digestifs, gastro-entérite aiguë et chronique, thérapeutique gastro-intestinale, muguet, bronchites, broncho-pneumonies, hygiène des yeux, du nez, du larynx, affections de la peau, érythèmes, furonculose, etc., prophylaxie des maladies contagieuses, convulsions. — VII. Traitement de la syphilis héréditaire, mère et enfant — VIII. Assistance publique et privée, crèches, pouponnières, dispensaires, consultations de nourrissons. — Ce cours, absolument gratuit, comportera des démonstrations pratiques gratuites : analyse pratique du lait ; recherche des falsifications (mouillage, écrémage, addition d'antiseptiques, etc.), sous la direction du Dr Netter, chef de laboratoire — Le nombre des places étant limité, MM. les Etudiants qui désireront suivre ce cours sont priés de se faire inscrire à la Direction de la Polyclinique, 82, rue de Picpus, jusqu'au 29 mai.

Chronique des Hôpitaux.

HOPITAL BROCA. — *Clinique gynécologique.* — M. le Pr S. POZZI : lundi et vendredi, à 10 heures. Lundi et vendredi, à 10 heures : leçon du professeur. Mercredi, de 10 heures à midi : exercices cliniques ; examens histologiques. Mardi, jeudi et samedi, à 10 heures : opérations.

ASILE CLINIQUE, 1, rue Cabanis. — *Clinique mentale* : M. le Pr JOFFROY, Lundi et vendredi, à 2 h. 1/2.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée) ; présentation de cas cliniques, etc.) — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants, et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Pr RAYMOND : *Clinique des maladies du système nerveux.* Mardi et vendredi, à 10 heures. — M. le Dr DENY : *Maladies mentales et nerveuses.* Le jeudi à 10 heures (section Rambuteau).

ASILE de VILLEJUIF. — *Laboratoire de Psychologie expérimentale de l'Ecole des Hautes-Etudes* (tramway Chatelet-Villejuif, départ à 1 h. 45). — M. le Dr COLIN, médecin de l'Asile d'aliénés criminels de Gaillon, fera, le samedi 22 juin, à 3 heures, une conférence sur : « Les aliénés criminels ».

Pitié. — M. le Dr Albert Robin, maladies organiques de l'estomac, mercredi, 9 h. 1/2. Amphithéâtre des cours. — M. le Dr André Petit, maladies du cœur, mardi, jeudi, samedi, 9 heures. Salle Trousseau. — M. le Dr Babinski, maladies du système nerveux, mercredi et samedi, 10 h. 1/4. Annexe de la salle Grisolle. — M. le Dr Thibierge, maladies de la peau, vendredi, 10 heures. Amphithéâtre des cours. Consultations, mercredi, samedi, 9 heures. Salle des consultations spéciales. Opérations dermatologiques, mardi, 9 heures. Salle Piorry. — M. le Dr Florand (service de M. le Dr Giraudeau), maladies du poumon, tous les jours, 9 h. 1/2. Salles Monneret et Cruveilhier. — M. le Dr Walther, clinique chirurgicale, tous les jours, 9 heures. Salles Broca et Gerdy. — M. le Dr Lepage, conférences cliniques, mercredi, 10 heures. Service d'accouchement. — M. le Dr Thiéry, exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours, 9 h. 1/2. Salle de la consultation externe.

Charité. — M. le Dr Gouraud, conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Moutard-Martin, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Oulmont, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Campenon, conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi. Au lit des malades. Mardi. Amphithéâtre Potain. Opérations, mardi samedi. — M. le Dr Maygrier, clinique obstétricale, jeudi, 10 h. 1/2. Amphithéâtre Velpeau.

Saint-Antoine. — M. le Dr Ballet, maladies du système nerveux et maladies mentales, dimanche, 10 heures. Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté. En hiver. Un avis spécial annoncera la date de la reprise des cours. — M. le Dr Gaucher, maladies de la peau et syphilis, lundi, mercredi, samedi, 10 heures. Salle des consultations spéciales. — M. le Dr A. Siredey, conférences de clinique et de séméiotique médicale, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures. Salles Bichat et Chomel. Consultation de gynécologie, mardi, samedi, 9 h. 1/2. A l'annexe de la salle Chomel. Conférences de gynécologie médicale, jeudi, 10 heures. A l'annexe de la salle Chomel. — M. le Dr Lermoyez, maladies du nez, du larynx et des oreilles, conférences techniques et de thérapeutique spéciale, mardi, samedi, 9 h. 1/2. Service des maladies du nez, du larynx et des oreilles. Opérations, lundi, vendredi, 9 h. 1/2. Service des maladies du nez, du larynx et des oreilles. — M. le Dr Galliard, maladies du poumon et de la plèvre, mardi, 9 h. 1/2. Salle Nélaton. — M. le Dr Gilles de la Tourette, maladies du système nerveux, mercredi, vendredi, 10 heures. Laboratoire Axenfeld. — M. le Dr Beclère, maladies des organes thoraciques, examen clinique des malades, tous les jours, 9 h. 1/2, salles Grisolle et Magendie. Examen radioscopique des malades, samedi, 10 h. 1/2. Salle des conférences. Conférences de radiologie médicale, dimanche, 10 heures. Salle des conférences. — M. le Dr Thoinot, examen des malades, tous les jours, 9 h. 1/2. Salles Marjolin, Roux et Corvisart. — M. le Dr Bar, examen des malades, tous les jours, 9 h. 1/2. Maternité. — M. le Dr Macaigne, examen des malades, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2. Salle de la consultation.

Necker. — M. le Dr Rendu, leçons cliniques, jeudi, 10 heures. Amphithéâtre Laënnec. — M. le Dr H. Huchard, clinique et consultations thérapeutiques, vendredi, 9 h. 1/2. Amphithéâtre Laennec. — M. le Dr Cuffer, conférences de microbiologie, anatomie pathologique et urologie, lundi, 9 heures. Pavillon Péter. Leçons de pathologie clinique, mardi, 10 h. 1/2. Pavillon Péter. Leçons cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Barth, conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. Consultations thérapeutiques, mercredi, 10 h. 1/2. Amphithéâtre Laënnec. — M. le Dr R[illegible], clinique [illegible], mercredi, vendredi, 9 heures. Au lit des malades. Consultation chirurgicale, vendredi, 9 heures. Amphithéâtre Laennec. A partir du 1er mai.

Cochin. — M. le Dr Chauffard, conférences de clinique médicale, samedi, 10 heures. Amphithéâtre du service. — M. le Dr Delpeuch, maladies générales et diathèses, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Schwartz, chirurgie générale, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Quénu, pathologie chirurgicale, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades.

Beaujon. — M. le Dr Fernet, conférences cliniques, mardi, samedi, 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Troisier, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Lacombe, conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr P. Berger, chirurgie abdominale, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures. Au lit des malades. Chirurgie générale, mardi, jeudi, samedi, 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Bazy, conférences cliniques et consultations pour les maladies des voies urinaires, [illegible], jeudi, samedi, 9 h. 1/2. Au lit des malades. Chirurgie générale, mercredi, vendredi, [illegible] Au [illegible] des malades [illegible] de gynécologie, mardi [illegible] Pavillon [illegible]. — M. le Dr Tuffier, opérations [illegible], 9 h. 1/2. Au lit des malades. Clinique [illegible], 9 h. 1/2. Au lit des malades. [illegible], vendredi, 9 h. 1/2. Au lit des malades.

La [illegible]. — M. le Dr [illegible], clinique médicale, tous les jours, 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Gouguenheim, la [illegible], tous les jours, excepté le jeudi, 9 heures. Salle de la consultation. Opérations, mercredi, 9 heures. Pavillon [illegible]. — M. le Dr [illegible], clinique médicale, samedi, 10 heures. Au lit des malades. Consultation externe de gynécologie, [illegible], 9 heures. Salle de gynécologie. — M. le Dr Dreyfus-[illegible], conférences de [illegible] clinique, mercredi, 9 h. 1/2. Amphithéâtre de la salle [illegible]-Raynaud. — M. le Dr Tapret, conférences de pathologie clinique, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr [illegible], clinique médicale, tous les jours, 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Delens, maladies des yeux, [illegible], 9 h. 1/2. Salle de l'ophtalmologie. — M. le Dr [illegible], clinique [illegible], jeudi, 10 heures. Grand Amphithéâtre. Mardi, vendredi, 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Paul [illegible], clinique chirurgicale, samedi, 10 heures. Amphithéâtre [illegible]. Tous les jours, 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr [illegible], [illegible] et interrogatoire des élèves, [illegible] 9 h. [illegible] Au lit des malades. Opérations, mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2. Salle d'opérations. — M. le Dr Hartmann, [illegible], 9 heures. [illegible] des malades, vendredi, 9 heures. — M. le Dr [illegible], clinique obstétricale, tous les jours, 9 heures. Maternité.

Tenon. — M. le Dr [illegible], leçons cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr [illegible], leçons de clinique et de thérapeutique, [illegible], 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr [illegible], clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr [illegible], clinique médicale, jeudi, samedi, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Launois, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr [illegible], gynécologie [illegible], vendredi, 9 h. 1/2. Salle Maurice Raynaud. — M. le Dr [illegible], clinique chirurgicale, mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Lejars, clinique chirurgicale, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr [illegible], clinique chirurgicale infantile, mercredi, 10 h. 1/2. [illegible] à la consultation. — M. le Dr [illegible], clinique obstétricale, tous les jours excepté le dimanche, 10 heures. Au lit des malades.

Laënnec. — M. le Dr [illegible], [illegible], mardi, 10 heures. Amphithéâtre. [illegible], tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. [illegible], jeudi, 10 heures. Amphithéâtre. — M. le Dr [illegible], [illegible] de [illegible]logie, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. Leçons cliniques, mercredi, 10 h. 1/2. Amphithéâtre. [illegible] de [illegible]logie, lundi, 10 h. 1/2. Amphithéâtre. — M. le Dr [illegible], conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. [illegible], mercredi, 10 heures. Amphithéâtre. — M. le Dr [illegible], conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. [illegible] de thérapeutique [illegible], vendredi, 10 heures. Amphithéâtre. — M. le Dr [illegible], [illegible] et opérations, tous les jours, 9 heures. Au lit des malades. Thérapeutique chirurgicale, samedi, 10 heures. Amphithéâtre. — M. le Dr Paul Claisse, [illegible] de clinique, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Bonglé, examen des malades et [illegible], tous les jours, 9 heures. Consultation.

[illegible]. — M. le Dr [illegible], conférences cliniques, tous les jours, 9 heures. [illegible]. — M. le Dr Talamon, [illegible], 9 h. 1/2. Salles Louis et Bazin. — M. le Dr [illegible], lundi, mercredi, vendredi, [illegible]. Opérations générales [illegible], samedi, 9 heures. Salles [illegible]. — M. le Dr [illegible], conférences cliniques [illegible], 9 h. 1/2. Salle de la consultation. — M. le Dr [illegible], [illegible] de [illegible], tous les jours, 9 h. 1/2. Salle de la consultation. [illegible].

Andral. — M. le Dr M[illegible], maladies des voies digestives [illegible], 9 heures. A partir du 1er mai.

B[illegible]. — M. le Dr [illegible], [illegible] de clinique et de thérapeutique, [illegible], 10 heures. Au lit des malades. — M. le Dr [illegible], [illegible] de clinique et de séméiotique, mardi, jeudi, [illegible].

Bou[illegible]. — M. le Dr [illegible], conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2. — M. le Dr Gérard-Marchant, opérations, lundi,

mercredi, vendredi, 9 heures. Leçons de clinique, mardi, 10 heures. Visite des malades, jeudi, samedi, 9 heures. — M. le Dr Doléris, grossesse (affections gynécologiques, accouchement, suites de couches), lundi, 10 heures. Maternité. Leçons sur les maladies des femmes, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2. Maternité. Exercices pratiques d'obstétrique, vendredi, 10 heures. Maternité. — M. le Dr Demoulin, conférences, samedi, 10 heures. Salle de la consultation.

Saint Louis. — M. le Dr Hallopeau, dermatologie et syphiligraphie (présentation de malades et conférence clinique), samedi, 10 h. 1/4. Laboratoire du pavillon Bazin. Leçons cliniques, dimanche. Salle des conférences. A partir du mois de novembre. — M le Dr Tenneson, consultation externe, mardi, 9 heures, 38, rue Bichat. Examen des nouveaux malades, mercredi, 9 heures. Laboratoire Alibert. Opérations dermatologiques, vendredi, 9 heures. Laboratoire Alibert. — M. le Dr Du Castel, conférences sur la dermatologie et la syphilis, samedi, 1 h. 1/2. Salle des conférences. A partir du mois de décembre. Traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi, 9 h. 1/2. Laboratoire Cazenave Examen et discussion des nouveaux malades (Policlinique), jeudi, 9 heures. Salle Cazenave. — M. le Dr Danlos, traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi. Examen et discussion des nouveaux malades (Policlinique), mercredi, samedi. — M. le Dr Balzer, conférences cliniques, mercredi, 9 h. 1/2. Salle Lorry. — M. le Dr Richelot, conférences cliniques, dimanche, 9 heures. Isolement. Opérations gynécologiques, mardi, jeudi, samedi, 9 heures. Isolement. — M. le Dr Nélaton, clinique chirurgicale et opérations, mardi, jeudi, samedi, 9 heures. — M. le Dr Ricard, conférences et opérations, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Legueu, conférences de clinique et de thérapeutique chirurgicales, tous les jours, 10 heures. Salle de la consultation.

Ricord. — M le Dr Alex. Renault, affections vénériennes et cutanées, mercredi, samedi, 10 h. 1/2. Salle de la 3e division — M. le Dr Queyrat, maladies de la peau (Policlinique), lundi, 9 heures. Salle des cours. Maladies des voies urinaires (Policlinique), mardi, 8 h. 1/2. Salle d'opérations. Maladies vénériennes, conferences cliniques, vendredi, 10 heures. Salle des cours. Consultation externe, mercredi, samedi, 9 heures. Salle de la consultation. Examen des nouveaux malades (conférence clinique), jeudi, dimanche, 9 heures. Salle d'opérations.

Broca. M. le Dr de Beurmann, leçons sur les affections vénériennes et cutanées, mardi, 10 heures. Salle Goupil. A partir d'avril. — M le Dr Brocq, petite chirurgie dermatologique, mardi, 8 h. 1/4 Salle de la consultation. Conférences sur le traitement des maladies de la peau, vendredi, 8 h. 1/4. Salle de la consultation.

Enfants Malades. — M. le Dr Moizard, leçons cliniques, mercredi, samedi. Au lit des malades. — M. le Dr Comby, leçon de thérapeutique clinique, mardi, 9 heures. Salle de consultation. Leçons cliniques, mercredi, 9 heures. Salle de Chaumont. — M. le Dr Variot, leçons cliniques, tous les jours, sauf le vendredi, 10 heures. Au lit des malades — M. le Dr Richardière, maladies infantiles : Examen des nouveaux malades, lundi, 9 heures. Au lit des malades. Clinique, mercredi. Au lit des malades Consultation externe, thérapeutique clinique, samedi. Au lit des malades. — M. le Dr Martan, leçons cliniques sur la diphtérie lundi, vendredi, 10 heures. Dans le service. S'inscrire à la Faculté de Médecine. — M. le Dr Lannelongue (Dr Villemin, assistant), conférences cliniques, mercredi, vendredi. Au lit des malades. Conférences faites par le Dr Lannelongue. Jeudi, 10 h. 1/4. Amphithéatre. Conferences faites par le Dr Villemin. — M. le Dr Brun, chirurgie infantile et orthopedie, tous les jours, 9 heures. Au lit des malades.

Bretonneau. — M. le Dr Sevestre, examen des malades, clinique medicale, mardi, jeudi samedi, 9 heures. Pavillon Archambault — M. le Dr Josias examen des malades, clinique medicale, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures. Salles Barthez et Labric. — M. le Dr Felizet, clinique chirurgicale, tous les jours, 9 heures. Pavillon Flaubert.

Trousseau. — M. le Dr Netter, clinique infantile, mardi, jeudi, samedi. Salle Bergeron. M. le Dr Guinon, clinique infantile, lundi, mercredi vendredi, 9 h 1/2. Salle Archambault.

Herold. — M. le Dr H Barbier, leçons sur la Diphtérie, le Tubage, la Trachéotomie et la Coqueluche, jeudi, 10 h. 1/2. A partir du 1er jeudi de novembre. Examen clinique des malades, lundi, mardi, jeudi, samedi, 9 heures. — M. le Dr Jeanselme, leçons cliniques sur les maladies cutanées chez les enfants, mercredi, 10 heures. — M. le Dr Albarran, leçons sur la chirurgie de l'appareil urinaire chez l'enfant, vendredi.

Salpêtrière — M. le Dr Déjerine, maladies du système nerveux, mercredi, 9 h. 1/4. Jeudi, 5 heures. Salle de la consultation externe. Le cours du jeudi commencera en mai. Consultation externe-policlinique nerveuse, mercredi, 9 h. 1/2. Salle de la consultatation externe. — M. le Dr Paul Segond, clinique gynécologique, lundi, 10 h. 1/2. Opérations, samedi, 10 h. 1/2. — M. le Dr Jules Voisin, maladies mentales, jeudi, 10 heures Section Esquirol. De fin décembre à avril. — M. le Dr Charpentier, maladies mentales (leçon clinique pendant la visite), tous les jours, 10 heures. Section Pinel. — M. le Dr Deny, maladies mentales, jeudi, 10 heures. Section Rambuteau. De mai à août.

La Rochefoucauld. — M. le Dr Darier, maladies de la peau, conférences théoriques et pratiques, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures. Salle de la consultation externe.

Congrès annuel des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Ce Congrès aura lieu du 1er au 7 août prochain, à Limoges, sous la présidence de M. Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Les questions qui y feront l'objet de rapports sont les suivantes : 1° *Neurologie.* Physiologie pathologique et pathogénie du tonus musculaire, des modifications des réflexes et de la contracture dans les affections du névraxe (Rapporteur : M. Crocq, professeur agrégé de l'Université de Bruxelles). 2° *Pathologie mentale.* Le délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique (Rapporteur : M. Carrier, médecin des hôpitaux de Lyon). 3° *Administration.* Le personnel secondaire des asiles (Rapporteur : M. Taguet, médecin de l'asile de la Maison-Blanche).

Les rapports seront distribués le 1er juillet au plus tard. L'un d'eux a été déjà adressé aux adhérents; les autres sont sous presse et seront expédiés incessamment. Les adhésions et la cotisation (20 francs) doivent être envoyées le plus tôt possible à M. le Dr Doursout, secrétaire-général, à l'asile de Naugeat, Limoges.

Surveillance des aliénés dans leur famille.

A propos de la séquestration de Mlle Blanche Monnier, la Société des sciences médicales de Poitiers, sur la proposition de M. le Dr Jablonski, médecin de la prison, qui fut appelé à donner ses soins à Mme Monnier, a émis le vœu suivant :

« Considérant que les aliénés ont droit, comme les autres citoyens, à la protection de l'Etat, d'autant plus que leur situation d'infériorioté intellectuelle les livre sans défense à ceux qui, légalement, sont chargés de pourvoir à leurs besoins, tels que leurs parents, tuteurs, etc., les membres de la Société des sciences médicales de Poitiers prient le Sénat et la Chambre des députés de voter, dans le plus bref délai possible, une loi de protection obligeant les parents, tuteurs ou autres personnes qui ont en garde un individu atteint d'aliénation mentale, d'en aviser immédiatement l'autorité compétente (préfet ou procureur de la République), afin que cette autorité puisse exercer une surveillance permanente sur l'aliéné. A cet effet, il sera désigné, dans chaque canton, un médecin inspecteur chargé de visiter, au moins une fois par mois, le malade en question, comme cela se pratique pour les enfants protégés placés chez des nourrices. Au cas où l'aliéné ne recevrait pas les soins que comporte son état, il serait transféré d'urgence, par ordre du médecin inspecteur, dans un asile spécial. »

Ce vœu est la reproduction d'un article qui figure dans les rapports de MM. Th. Roussel, Bourneville, Lafont et Dubief, sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Nous nous y associons.

Conseil de l'Université de Paris.

Le Conseil de l'Université de Paris s'est réuni, le 4 juin, sous la présidence de M. Gréard. Il a pris connaissance de l'invitation qui lui a été adressée par l'Université de Yale de se faire représenter à la ceremonie du 200e anniversaire de la fondation de son Collège, qui doit avoir lieu à Newhawen (Connecticut) les 20, 21, 22 et 23 octobre. Il a enregistré les décrets aux termes desquels MM. les Prs Jaccoud et Panas sont admis, sur leur demande, à la retraite, et M. Déjerine est nommé professeur à la Faculté de Médecine. Il a voté le maintien des chaires de clinique médicale de la Pitié (chaire de M. Jaccoud), de clinique d'ophtalmologie (chaire de M. Panas).

L'Union des Mères de famille.

La Société nouvelle, l'*Union des Mères de famille*, dont la séance constitutive a eu lieu vendredi 7 juin, intéresse le monde médical à plus d'un titre. Cette Société, fondée par M. B. de Kenenburgh, et qui comprend déjà 3.400 membres, se propose,

dès le début, trois buts : 1° l'*assistance à domicile* ; 2° l'enseignement ménager; 3° les bibliothèques circulantes.

1° L'*assistance à domicile* se fera par l'intermédiaire de femmes, mères de famille ou non, ayant des loisirs et désirant les utiliser pour aider leurs sœurs moins fortunées ou moins instruites. La Société exigera des infirmières stagiaires un diplôme théorique d'infirmières (hôpitaux de préférence, mais acceptera les personnes ayant suivi les cours des sociétés de secours aux blessés) et leur donnera un enseignement pratique. Devenues *infirmières volontaires*, elles pourront être appelées à domicile par les médecins qui ne peuvent eux-mêmes exécuter leurs ordonnances et, dans la plupart des cas, ne savent comment faire faire à une mère les bains, enveloppements mouillés, lotions, lavages de gorge, d'intestins, d'yeux, d'oreilles, de fosses nasales; pose de ventouses, sinapismes ; soins aux femmes en couches, etc., etc. — La Société disposera de nombreux appareils et même prie les confrères bienveillants de lui envoyer les appareils dispendieux (matelas d'eau, bequilles, gouttières, etc.) qu'elle fera nettoyer et désinfecter pour mettre dans les nombreux dépôts avec le linge nécessaire. Toutes ces choses seront prêtées et non seulement aux ouvriers, mais aussi aux petits ménages d'employés ou de professeurs pour lesquels une dépense de 20 à 50 francs peut constituer une impossibilité matérielle. Nous appelons donc tout particulièrement l'attention des confrères sur cette fondation qui comble une lacune considérable. Quel est celui d'entre nous, surtout dans les milieux populeux qui, ayant fait une prescription, revient le lendemain pour trouver que dans une ordonnance les drogues ont bien été données, mais toute la médication physique négligée par ignorance ou par pauvreté. La mère a essayé de faire un lavage de gorge, mais elle a trempé l'enfant, et comme elle a peu de linge, elle n'ose recommencer, etc. Les lotions mal faites sont un danger grave. Dans ces conditions il se trouve forcé d'envoyer à l'hôpital un malade qui aurait parfaitement pu être soigné chez lui. Les soins pour l'accouchement nécessitent l'emploi d'instruments, laveur, bassin, caoutchouc, linge qui atteignent un prix notable ; les amies, matrones ou mères qui entourent l'accouchée, ignorent complètement l'antisepsie ; cela fait que nos services hospitaliers d'accouchement reçoivent de malades qui pourraient être accouchées chez elles, et qu'on envoie chez les sages-femmes de pauvres femmes dont la place est à l'hôpital. La Société pense remédier à cet état de choses.

Un conseil consultatif d'hygiène comprenant nos sommités médicales : les Drs Bar, Barth, Bathellon, Brouardel, Budin, Bourneville, Blache, Cornil, Comby, Mme Desmoulières, Mme Edwards-Pilliet, MM. Iscovesco-Wall, Laborde, Labadie-Lagrave, Lagrange (de Bordeaux), Letulle, H. Monod, Napias, Pinard, Potocki, Porak, Ruault, Sollier, Mme Sollier, M. Verchère, etc., sera consulté chaque fois qu'il s'agira de prendre une décision intéressant l'enseignement des infirmières et l'hygiène. Le fondateur, M. le baron de Kenseborgh remet l'Œuvre aux mains des 15 conseillères qui ont été élues : Mmes Bar, Béquet de Vienne, la comtesse de Croisas, Domain, Desmarest, Gevin, Cassal, inspectrice de l'Assistance publique, Guilbert, Jeanne Leroy, Henri Monod, Raoult (de Nancy), Ruault, le Dr Sollier, Louis Vignon, Mlle Jeanne Chauvin, le Dr Marie, Rousset (de Rouen).

Le bureau de la section de Paris, qui fonctionne depuis vendredi est présidé par notre collaboratrice, Mme le Dr Edwards-Pilliet. Vice-présidente : Mme Porak. Secrétaire : la comtesse de Vassal. Trésorière : Mlle Baudeville. Membres : Mmes Barbellion, Belhommet, Paul Cornet, Dénombynes, Mlle le Dr Desmoulières.

Nos confrères sont priés, pour les offres d'infirmières volontaires, constitution d'un fonds d'appareils et de linge et la demande d'infirmières stagiaires qu'ils voudraient dresser et instruire, de se mettre en rapport avec la section de Paris, 14, rue de Tilsitt, ou 4, rue Richepanse.

Les épidémies.

La peste.

La peste est un danger pour les États aussi bien que pour les individus. Ainsi un de nos correspondants de l'Inde nous écrit (à propos de la récente révolte des hommes du Punjaub) que l'application de certaines mesures a fait plus de mal au point de vue politique que ces mesures peuvent jamais faire de bien à la santé publique. En ce qui concerne la peste dans la colonie du Cap il apparaît clairement que le gouvernement a cessé sa tentative d'appliquer ces mesures pour triompher de l'épidémie. Le risque de voir une insurrection des Malais ou des Kafirs éclater dans le Sud de la Colonie pendant que les Boers envahissaient les districts du Nord était trop grand. Comme conséquence, nous recevons des dépêches du genre de celle-ci : « Capetown, 27 mai. — Deux cas de peste bubonique et un cas suspect ont été déclarés aujourd'hui. On a trouvé les cadavres de trois personnes qui sont mortes de la maladie. » On peut se faire une idée de l'état sanitaire de Capetown. Sir Alfred Milner a dû certainement savoir dans quel état se trouve sa métropole. Pourquoi n'a-t-il pas essayé de pousser ses amis journalistes à faire une campagne pour avoir des égouts à Capetown, plutôt que pour obtenir l'autorisation d'aller passer huit jours à Johannesburg? (*The Speaker*).

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 17. — 2e *de Doctorat*. MM. Gley, Retterer, Desgrez. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Tuffier, Remy, Lepage. — 5e *de Doctorat*. Chirurgie. (1re *partie*). (1re *série*) MM. Pozzi, Legueu, Broca (Aug.). — (2e *série*) : MM. Segond, Lejars, Walther. — (2e *partie*) : MM Fournier, Brissaud Gaucher. — (1re *partie*) (1re *série*) N. R. : MM. Kirmisson, Delens, Reynier. — 2e *série*) : MM. Reclus, Jalaguier, Delbet.

Mardi 18. — 2e *de Chirurgien-dentiste* : MM. Quenu, Marfan, André. — 2e *de Doctorat* : MM. Hanriot, Retterer, Langlois. — (1re *partie*). Oral. : MM. Cornil, Richelot, Faure. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) Oral. N. R. : MM. Proust, Dieulafoy, Thoinot. — (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Berger, Bar, Thiery. — (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Pozzi, Schwartz, Campenon. — A. R. (2e *partie*) : MM. Hutinel, Ménétrier, Vaquez. — 5e *de Doctorat*. (1re *partie*) Chirurgie : MM Guyon, Brun, Albarran. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Jaccoud, Achard, Gilbert. — (2e *série*) : MM. Debove, Roger, Thiroloix — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Mercredi 19. — 3e *de Doctorat*. N. R. (2e *partie*) : MM. Joffroy, Desgrez, Widal. — 1er *de Doctorat* : MM. Rémy, Retterer, Mauclaire. — 2e *de Chirurgien-dentiste* : MM. Landouzy, Walther, André. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral A. R. : MM. Segond, Reynier, Lepage. — 5e *de Doctorat*. Chirurgie. 1re *partie* (1re *série*) : MM. Reclus, Tuffier, Lejars. — (2e *série*) : MM. Pozzi, Delens, Delbet.

Jeudi 20. — 2e *de Chirurgien-dentiste* : MM. Gilbert, Thiery, Desgrez. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). (1re *série*). Oral. N. R. : MM Budin, Schwartz Brun. — (2e *série*). Oral N. R. : MM. Rémy, Bonnaire, Albarran. — (1re *partie*). Oral. A. R. : MM. Guyon, Faure, Wallich. — (2e *partie*). Oral. N. R. : MM. Cornil, Achard, Roger. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Ménétrier, Vaquez. — 3e *de Doctorat*. (2e *partie*). A. R. : MM. Dieulafoy, Chantemesse, Marfan.

Vendredi 21. — 5e *de Doctorat*. (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage. — 1er *de Doctorat* : MM. Reynier, Retterer, Gley. — 2e *de Chirurgien dentiste* (1re *série*) : MM. Poncet, Legueu, Teissier — (2e *série*) : MM. Brissaud, Hanriot, Broca (Aug.) — 5e *de Doctorat*. Chirurgie. (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Pozzi, Delbet, Mauclaire. — (2e *série*) : MM. Kirmisson, Delens, Walther. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). N. R. MM. Hayem, Thoinot, Wurtz.

Samedi 22. — 1er *de Doctorat* : MM Quenu, Retterer, Langlois. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Cornil, Gilbert, Dupré. — (2e *série*) : MM. Joffroy Achard, Thiroloix — Chirurgie (1re *partie*). MM Pozzi, Campenon, Brun. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) (1re *série*). N. R. : MM. Debove, Troisier, Widal. — (2e *série*) : MM Raymond, Hallopeau, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi. — M. Jardin. Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin total. — Mme Catz née Tchernychelf. De la rupture spontanée des enveloppes herniaires. — M. Pavret de la Rochefordière. Opération d'Alquié-Alexander avec croisement des ligaments ronds. — M. Paris. Contribution à l'étude du traitement des accès d'éclampsie. — M. Couvelaire. Études anatomiques sur les grossesses tubaires. — M. Fackre. Contribution à l'étude de l'étiologie, de la marche et du traitement de la cirrhose atrophique. — M. Wibault. Infections broncho-pulmonaires par apports vasculaires dans les streptococcies cutanées des enfants ; érysipèle du premier âge.

Jeudi. — Ladevèze. Comment les familles ouvrières parisiennes disparaissent par tuberculose? — M. Montagne. Intoxication aiguë par les vapeurs nitreuses. — M. Prelhardie. Considérations sur l'intoxication saturnine et en particulier la paralysie chez les ouvrières en fleurs artificielles. — M. Delestre. Étude sur les infections chez le prématuré. — M. Girault-Lafort. Séméiologie de la raie méningitique chez l'enfant. — M. [illegible]. Contribution à l'étude des formes cliniques de la péricardite tuberculeuse. — M. Lebel. La désarticulation de la hanche comparée à l'amputation de la cuisse dans les tumeurs malignes du fémur et des tissus environnants. — M. Rigollet-Ardouinx. Sur un cas d'hématome consécutif à un fibrome calcifié du quadriceps crural. — M. Macdonald. La propagation du paludisme par les moustiques. — M. Galetti. La question des fibromes. — M. A. Delau. De l'exclusion temporaire des voies lacrymales du champ opératoire par la ligature des canalicules lacrymaux.

FORMULES

XXXVII. — Contre les oxyures.

Onguent hydrargyrique . . .	0 gr. 25 centigr.
Axonge benzoïnée	ââ 0 gr. 50 —
Cire blanche	
Beurre de cacao.	2 grammes.

Pour un suppositoire (Delamarre).

Voir à la page VI DES ANNONCES : **Bibliographie, Enseignement médical libre, Chronique des Hôpitaux.**

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 26 mai au samedi 1er juin 1901, les naissances ont été au nombre de 1.117 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 406, illégitimes, 156 Total, 562 — *Sexe féminin* : légitimes, 404, illégitimes, 151. Total, 555.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 2 juin au samedi 8 juin 1901, les décès ont été au nombre de 882, savoir : 464 hommes et 418 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdominal) : M. 1, F. 3, T. 4. — Typhus exanthématique : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 8, F. 16, T. 24 — Rougeole : M. 16, F. 13, T. 29. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 1, F. 7, T. 8. — Diphtérie et Croup : M. 10, F. 7, T. 17. — Grippe : M. 0, F. 2, T. 2. — Choléra asiatique : M. 0, F. 0, T. 0. — Choléra nostras : M. 1, F. 0, T. 1, — Autres maladies épidémiques : M. 2, F. 1, T. 3. — Tuberculose des poumons : M. 107, F. 76, T. 183. — Tuberculose des méninges : M. 10, F. 14, T. 24. — Autres tuberculoses : M. 5, F. 8, T. 13. — Cancer et autres tumeurs malignes : M. 19, F. 27, T. 46. — Méningite simple : M. 9, F. 13, T. 22 — Congestion hémorragique et ramollissement du cerveau : M. 24, F. 24, T. 48. — Maladie organique du cœur : M. 22, F. 23, T. 45. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 5, T. 11. — Bronchite chronique : M. 5, F. 6, T. 11. — Pneumonie : M. 19, F. 16, T. 35. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 40. F. 28, T. 68. — Affection de l'estomac (cancer exc.) : M. 2, F. 2, T. 4. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein, M. 0, F. 3, T. 3; autre alimentation, M. 8, F. 10, T. 18. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : M. 3, F. 2, T. 5. — Hernies, obstruction intestinale : M. 2, F. 3. T. 5. — Cirrhose du foie : M. 8, F. 2, T. 10. — Néphrite et mal de Bright : M. 9, F. 12, T. 21. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : M. 0, F. 2, T. 2. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale et vice de conformation : M. 15, F. 9, T. 24. — Débilité sénile : M. 7, F. 11, T. 18. — Morts violentes : M. 30, F. 17. T. 47. — Suicides : M. 15, F. 5, T. 20. — Autres maladies : M. 68, F. 47, T. 115. — Maladies inconnues ou mal définies : M. 7, F. 2, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 60, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 11. Total : 33. — *Sexe féminin* : légitimes, 20, illégitimes, 7, Total : 27.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 16 juin, à Boulogne et Billancourt. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous : porte de Saint-Cloud, près du Point-du-Jour, à 9 heures. On sera rentré à Paris à midi.

CONCOURS POUR L'ADJUVAT. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Lecène, Desjardin, Baumgartnen, Haguier et Auffret.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Questions posées pour les prix proposés pour l'année 1901. *Prix Corvisart* : Recherches sur les faits relatifs à l'influence de l'hérédité paternelle de la syphilis. — *Prix Saintour* : Valeur seméiologique des variations leucocytaires.

CONCOURS DE MÉDECINE DES HOPITAUX DE PARIS. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Enriquez, Dufour, Belin et Claude.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Armée territoriale.* — Nominations au grade de médecin principal de 2e classe : MM. André, Charbonnier et Martino, médecins-majors de 1re classe de l'armée active, retraités. — Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Blanchetière, Bros, Kable, Louis, Magdelaine et Playoust, médecins-majors de 1re classe de l'armée active, retraités. — Au grade de médecin-major de 2e classe : M. Trouillet, médecin-major de 2e classe de l'armée active, démissionnaire. — Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les docteurs Combes, Ecart, Got, Jourdan, Julliard, Katz, Lüling, Mêplaux, Michaud, Petibon et Vienne.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Réserve.* — Nominations au grade de médecin principal : MM. les docteurs Coquiard et Esclangon, médecins principaux de la marine, en retraite. — Au grade de médecin de 1re classe : M. le docteur Arbaud, médecin de 1re classe de la marine, en retraite. — Au grade de médecin de 2e classe : M. le docteur Marcourt, médecin de 2e classe de la marine, démissionnaire.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES ET PAYS DE PROTECTORAT. — Nominations à l'emploi de médecin auxiliaire : MM. les docteurs Fuynel, Nicolas et Sanquirico.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 25. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 22 JUIN 1901.

Le Progrès Médical

TOXICOLOGIE

Désintoxication du fumeur d'opium par la suppression brusque, et l'emploi momentané du chanvre indien ;

Par M. BRUNET, médecin de la marine.

Les médecins en rapport avec des voyageurs retour d'Extrême Orient savent que les fumeurs d'opium se sont multipliés en quantité extraordinaire en France dans ces quinze dernières années, d'où une source nouvelle d'intoxication. Non seulement l'habitude de l'opium se contracte dans les pays de race jaune par suite des loisirs des Européens et quelquefois dans une intention hygiénique (!) qui vise à la préservation des diarrhées et des dysenteries, puis se conserve et s'étend dans les ports par impuissance à renoncer à une passion envahissante, mais encore elle gagne les villes continentales où de nombreuses fumeries s'installent. On y va d'abord pour se rendre compte, entraîné par une personne de connaissance, puis on y retourne par passe-temps et enfin l'habitude se prend, à laquelle on sacrifie de plus en plus, car toutes les sensations finissent par s'émousser si on n'en augmente pas graduellement l'intensité. On se rappelle qu'à Paris la police dut intervenir il y a quelques mois pour fermer un certain nombre de fumeries nouvelles. Il n'est donc pas douteux que le gout de l'opium va se répandant de plus en plus ; disons-le aussi, des pharmaciens peu scrupuleux ont augmenté le mal en délivrant facilement de l'opium purifié aux fumeurs qu'ils connaissaient ou qui se sont fait connaitre par la libéralité de leur prix. Comme d'autre part les marchands d'objets orientaux tiennent presque tous l'assortiment complet du fumeur, on a ainsi tout le nécessaire sous la main, et sous l'œil bienveillant des lois civilisées, plus indulgentes que les lois chinoises sur ce chapitre.

Les femmes ne sont pas moins enclines que les hommes à s'adonner à un moyen si commode d'échapper aux réalités souvent douloureuses de l'existence en se réfugiant dans le rêve d'une vie où tout semble facile et sans souffrance.

En effet, ce genre d'intoxication au début supprime tout ce qui gêne, embarrasse ou attriste, exalte au plus haut degré la confiance et le contentement de soi-même ; il développe à l'infini les aspirations, les désirs et les rêves auxquels les individus se laissent aller le plus volontiers. Comment résister à un si merveilleux moyen de n'avoir plus en tête que ce qu'on aime, ce qui flatte le plus les penchants personnels ? Voilà la vraie caractéristique de cette intoxication, ce qui constitue son attrait et son danger. C'est là un point qu'on n'a pas assez mis en relief et sur lequel j'insiste parce qu'il me paraît résumer et définir l'action des fumées d'opium. Et pour donner mon opinion complète en la matière, j'ajoute que je divise personnellement l'intoxication opiacée en trois périodes : période d'euphorie, période de besoin et période de déchéance. La première, période de début, est celle où quelques pipes suffisent pour donner une sensation de bien-être général extraordinaire, d'exaltation des facultés, et je viens d'en montrer le caractère dominant. Le deuxième, période de besoin, arrive, l'accoutumance une fois établie, avec les doses élevées. Par suite de l'habitude, le plaisir est devenu un besoin de trouver un état de bien-être et surtout une sensation de force et d'intelligence d'autant plus marquée qu'après l'ivresse, l'individu se sent réellement inférieur à lui-même, affaibli dans sa volonté et son énergie. A ce moment, il est obligé de fumer parce qu'il se sent déprimé et ne saurait plus se passer de l'état de mieux-être auquel il s'est habitué. Arrivé à ce point, le plaisir d'autrefois est bien diminué ; il ne se retrouve plus que par les fortes doses. Fait digne de remarque, c'est un état auquel parviennent surtout les Européens par suite de leurs désirs de maintenir constamment à la même intensité les sensations agréables du début ; les Chinois ont soin, au contraire, de ne pas dépasser certaines limites, de se restreindre à goûter un plaisir moyen, et les fumeurs occidentaux assez énergiques savent très bien les imiter et diminuer les pipes à certains moments. Malheureusement l'opium affaiblit chaque jour davantage cette volonté, qui serait si précieuse à conserver puisque c'est la seule sauvegarde de l'intoxiqué. Si précisément son caractère, son genre de vie, en un mot l'homme qu'il s'est fait, ne lui a laissé qu'une volonté molle et faible, c'en est fini ; l'opium l'affaiblit encore et le malheureux glisse rapidement vers l'ins-

tant où le besoin et la nécessité créés ont remplacé le plaisir et l'acheminent vers la période où il est incapable de réaction, vers la déchéance morale intellectuelle et physique.

La troisième période, que j'appelle donc de déchéance, arrive rapidement, si le fumeur d'opium continue les doses croissantes. A l'abandon moral et intellectuel, qui s'est installé peu à peu et s'accentue, succède la déchéance organique où le corps, après l'intelligence, va sombrer peu à peu. Par suite de l'affaiblissement graduel de la volonté, le malheureux intoxiqué devient comme un enfant qui se laisse aller à ses impulsions, fantasque, déconcertant, irrésolu, et surtout incapable de résister au moindre désir, fut-il absolument opposé aux lois de la moralité et de l'honneur. Il devient capable de tout : mensonge, absence de dignité, acte frauduleux ou indélicat, sans qu'il ait le sentiment exact de la gravité de ces faits. A ce point, le corps tout entier ne tarde pas à se ressentir et du poison et de la faiblesse cérébrale. Tous les organes internes, plus ou moins saturés, commencent à ne plus fonctionner; le foie, qui emmagasine les produits toxiques, est le premier à dérailler; les organes digestifs en subissent le contre-coup, l'appétit diminue, les digestions sont difficiles, la maigreur et la teinte jaune des téguments s'installent peu à peu. Les reins secrètent de moins en moins, l'urine est rare, toute en couleur; l'intestin devient de plus en plus paresseux, la constipation augmente à un degré incroyable. Les fonctions sexuelles jusqu'au désir sont complètement éteintes; enfin le cœur, subissant à son tour la dégénérescence, commence à faiblir et avoir des faux pas.

Le malade, incapable de tout effort physique comme il l'était de tout effort intellectuel, s'achemine vers une cachexie qui se rapproche beaucoup comme apparence extérieure de la cachexie cancéreuse. C'est une dénutrition générale avec teinte jaune des téguments, maigreur excessive, sécheresse de la peau, inappétence et dégoût de tout. Parvenu à ce degré, le fumeur est presque toute la journée sous l'action du poison, complètement abruti et ne sort du rêve que pour rester dans une morne torpeur. Végétant sans se rendre compte de sa situation, il est à la merci du moindre accident qui brise le mince fil de son existence.

Cette troisième période est beaucoup plus rarement rencontrée chez les fumeurs d'opium que chez les morphinomanes. On n'observe guère la mort qu'en Extrême-Orient, où la débilitation du climat active encore les progrès du mal. A plus forte raison, en France, ces cas sont-ils l'exception. Il est, par contre, très fréquent d'observer la seconde période. La très grande majorité des fumeurs y arrive vite; ils s'y maintiennent le plus souvent, se rendant compte du tort qu'ils se font à eux-mêmes, et surtout voulant éviter d'être blasés et de ne plus ressentir les satisfactions du début. Malheureusement le goût de l'opium, à l'instar de toutes les intoxications nerveuses, paraît se prendre d'autant plus facilement que la personne est douée d'un équilibre mental plus instable; il en résulte que les dégénérés ou les faibles de volonté, chez qui le poison a le plus d'effet, sont aussi ceux qui en contractent le plus vivement le besoin et s'y abandonnent le plus complètement. Au point de vue thérapeutique, il découle de cette remarque psychologique qu'une cure de désintoxication opiacée doit s'entourer de précautions autant médicales que psychiques, et que les soins médicaux ne sont pas moins importants que les prescriptions d'hygiène morale à faire observer au malade.

Ces considérations, qui présentent en raccourci le tableau du fumeur d'opium à ses différents stades, ne nous paraissent pas inutiles pour bien marquer la *différence* entre la morphinomanie et l'intoxication opiacée. Personne ne s'étonnera, en réfléchissant qu'il y a à cela deux raisons primordiales : la différence de principe actif et la différence d'absorption.

Les meilleures sortes d'opium contiennent seulement 10 à 20 0/0 de morphine; le reste, en dehors de substances à peu près indifférentes, ne renferme pas moins de dix-sept alcaloïdes actuellement connus et classés. Il est naturel que l'effet général soit surtout produit par les 80 à 90 grammes de substances actives autres que la morphine, mais le mode d'absorption est aussi une cause de différence capitale. Le fumeur aspire la fumée d'opium, il absorbe par le poumon, organe admirablement récepteur, mais qui ne reçoit que les principes volatils et en quantité inconnue; car nous ignorons les substances le plus facilement volatilisables; de plus le fumeur délaie son opium jusqu'à consistance variable, afin de préparer sa pipe ; or, l'opium traité par l'eau lui abandonne 50 0/0 environ de matières solubles, dont les alcaloïdes. On ne s'étonnera donc pas, étant donné cette différence d'intoxication, que le mode de cure adopté par nous s'écarte un peu des règles adoptées contre la morphinomanie.

Je voudrais précisément marquer par le récit d'une observation détaillée où toute liberté me fut donnée, les soins préparatoires, thérapeutiques et consécutifs qui me paraissent nécessaires pour réussir une désintoxication et montrer par une autre observation où je dus malgré moi appliquer une méthode lente, l'impossibilité presque absolue d'un succès. Ces observations me permettront de faire voir le bénéfice qu'on peut retirer de la suppression brusque et de l'emploi d'un agent peu connu, le chanvre indien, manié d'une façon particulière. Le résultat de la première fut assez encourageant pour qu'on excuse les quelques détails suivants :

En février 1899, je fus sollicité, par le parent d'un jeune homme adonné à l'opium, d'essayer de le désintoxiquer. Voici quel était son cas. Agé de 32 ans, bien constitué, M. X., ne présentait aucune tare organique à signaler; l'intelligence était très vive, la sensibilité intacte, mais la volonté était peu ferme, et sujette à des caprices inexplicables. Ce malade avait contracté 7 ans auparavant l'habitude de fumer l'opium dans un port de mer, puis avait continué à cause des sensations agréables que lui procurait le bambou. Arrivé rapidement à la période de besoin, il fumait alors deux fois par jour pour ne pas se sentir déprimé. Quatre ans après ses débuts, il essaya seul de se désintoxiquer brusquement en se séparant de toute sa fumerie; il y parvint après des souffrances très vives. Il avait tenté avant ce parti héroïque d'arriver en diminuant les doses à la perte de l'habitude, mais ses efforts avaient échoué. Après sa cure personnelle, il resta quelque temps sans fumer, puis succomba de nouveau à la tentation. Au moment où il se présenta chez moi, il était arrivé à fumer l'après-midi de 1 heure à 4 heures et le soir de 9 à 11 heures ; en moyenne il lui fallait soixante à soixante-dix pipes par jour, et cela durait depuis trois ans. La gêne considérable causée par l'obligation de s'arrêter, même en voyage, pour fumer et de se retirer chaque jour brusquement chez lui aux heures de besoin sous peine d'incapacité intellectuelle, l'avait décidé à cesser cette fois complètement.

L'atteinte portée à sa santé par l'opium n'était heureusement pas très grave, sans doute à cause de sa jeunesse; le cœur était bon, les urines ne contenaient rien d'anormal, seul l'appétit était très diminué et l'estomac très capricieux. Le malade ne voulant pas entrer dans une maison de santé, je me chargeai cependant de le guérir, mais aux conditions suivantes rigoureusement, *sine qua non* :

1° Le malade quitterait sa famille et son chez lui pour venir avec un parent s'installer dans une autre maison au début de son traitement; ceci afin d'être sûr qu'on n'aurait pas fumé dans l'appartement et que dès son entrée le sujet fût complètement entre les mains de son médecin et d'un personnel de confiance; 2° pendant le traitement, le malade quitterait définitivement son appartement d'autrefois et ferait procéder à une installation nouvelle afin de se trouver après la cure, dans une maison où rien ne rappelât les habitudes anciennes; 3° le malade s'engage à donner pour être mis à part tout l'attirail du fumeur et même tous les objets ayant contracté l'odeur, le goût ou des traces d'opium. Il promet également de ne rentrer dans sa nouvelle demeure qu'après un voyage d'un mois, commencé au lendemain de la désintoxication.

M. X. accepta ces conditions; un de ses parents se chargea de tout préparer, puis de l'accompagner dans la localité où devait s'opérer la cure.

Le traitement de la période critique devait se faire dans un appartement d'hôtel isolé. Le malade fut laissé dans l'ignorance absolue de l'époque fixée pour commencer; il ne changea rien à son genre de vie et continua à fumer deux fois par jour.

Quand tout fut préparé, on le conduisit à l'hôtel et, après déjeuner, on lui annonça qu'il avait la veille fumé pour la dernière fois. Le soir venu, il se sentait fatigué, abattu; il ne put dîner et éprouvait des crampes douloureuses dans les jambes. La phase critique commençait.

On fit coucher le malade et, pour le faire dormir, on lui donna deux cuillerées à soupe de la potion bromurée suivante :

Bromure de potassium	20	grammes.
Hydrate de chloral	10	—
Sirop d'écorces	ãã 150	—
Eau de tilleul		

Le sommeil arriva rapidement, mais vers minuit le malade se réveille, se plaignant de vives douleurs dans les jambes. On lui donne une troisième cuillerée de potion.

Le lendemain, 24 février, on laisse le malade au lit jusqu'à midi. Il est très déprimé, courbaturé, énervé, sans appétit et pris du désir de fumer. Il absorbe un peu de lait, mais vomit presque aussitôt une grande quantité de bile. L'après-midi les crampes reparaissent. Le malade essaie de les tromper en se promenant, mais demande bientôt à rentrer, se trouvant sans forces. Il arrive épuisé, souffrant toujours des membres inférieurs; une friction d'huile de camomille camphrée reste à peu près sans résultat. Le soir on lui fait prendre quelques aliments très légers, mais il les vomit ainsi que la potion bromurée. La nuit venue, à l'heure où le malade fumait, les douleurs se doublent et empêchent tout repos; le besoin d'opium se fait sentir davantage; l'énervement augmente jusqu'à l'exaspération et provoque une crise de larmes et de plaintes. Devant le désespoir du malade, qui réclame sa pipe à tout prix, je me vois forcé de faire une injection de 1/2 centigramme de morphine, puis deux autres semblables; le malade s'endort enfin.

Samedi 25, la faiblesse s'accentua encore. Les vomissements bilieux continuaient dès que le malade essayait de prendre une gorgée de lait; seule la limonade à l'orange et l'eau gazeuse passaient sans difficulté. Les douleurs des jambes et l'énervement étaient tels qu'il ne pouvait rester ni assis, ni couché, ni debout. Après un léger dîner qui fut gardé, je donnai deux cachets de sulfonal de 0.50 et un granule d'aconitine de 1/4 de milligramme. J'espérais ainsi amener le sommeil et calmer les élancements des membres inférieurs. Je n'obtins ni l'un ni l'autre. La nuit fut très agitée. Le besoin de l'opium se fit sentir avec une intensité si violente que la situation du malade devint émouvante. Il déclarait ne plus pouvoir endurer un tel supplice; le désespoir lui donna la force de se lever et il voulut sortir. On dut s'en rendre maître, le calmer, et j'eus de nouveau recours à la morphine dont je lui fis deux injections d'un demi-centigramme; enfin la potion bromurée amena le sommeil. Nous étions ainsi arrivé au troisième jour sans que la crise éliminatoire fut terminée. Les vomissements continuaient et la diarrhée commençait seulement; la faiblesse était excessive. Un bain chaud n'apporta aucune amélioration aux douleurs. Le soir, je donnai un granule de 1/4 de milligramme d'atropine. Le sommeil vint cette fois plus facilement, mais agité, coupé de plaintes. Réveil vers minuit, qui nécessita 1 centigramme de morphine tant le malade souffrit.

Le 27, M. X., rouvrit les yeux vers midi, se sentant brisé. C'était le quatrième jour du traitement et la période difficile n'était pas terminée; les vomissements, l'insomnie, les crampes ne cessaient pas. Il fallait remédier à un état pareil et je jugeai à propos de remonter les forces par une cuillerée à soupe d'un vin au glycéro-phosphate contenant :

Glycéro-phosphate de chaux. . .	20 grammes.
Glycéro-phosphate de fer. . . .	10 —
Teinture de Kola	ãã 100 c.c.
Teinture de Coca	
Glycérine neutre	100 grammes.
Vin de Banyuls	Q. S. pour faire 1 litre

donnée au repas de midi.

Et par une cuillerée de la potion suivante à la caféine et à la théobromine prise dans l'après-midi :

Caféine	2	grammes.
Benzoate de soude	4	—
Théobromine.	4	—
Eau gommée sucrée	150	—

Je cherchai ainsi à obtenir une action tonique et également diurétique qui hatât l'élimination. La matinée et l'après-midi se passèrent d'ailleurs assez bien, mais le malade appréhendait fortement la soirée. J'eus alors l'idée de me servir du chanvre indien et je fis composer des pilules avec :

Extrait alcoolique de chanvre indien. 0 gr. 05 centigr.
pour 1 pilule,

et une potion bromurée contenant également de l'extrait de chanvre indien, 0.10 centigrammes pour 150 grammes de liquide. A 7 heures, au début d'un dîner très léger, je fais prendre une pilule de chanvre indien et un peu de vin au glycéro-phosphate. Le malade se sentit de meilleure disposition et éprouva une véritable tendance à la gaieté. Vers onze heures et demie, encouragé, je lui donnai deux cuillerées de la potion au chanvre indien. Il se coucha sans crampes, causant avec entrain, mais n'éprouvant aucune envie de dormir. Enfin, vers minuit et demi, se sentant très bien, il s'endormit d'un sommeil profond et régulier. Il ne se réveilla que vers onze heures le lendemain, reposé et plus fort. L'effet du chanvre indien avait donc été pleinement satisfaisant, mais craignant que le malade enchanté n'y voulut revenir à mon insu au risque de changer d'intoxication, j'eus soin de lui dire que les pilules ne contenaient que de l'extrait de jusquiame.

Le 1er mars, sixième jour, l'amélioration générale commença à se dessiner. Le malade mange davantage et peut se promener. Comme la veille, il prend une cuillerée de vin au glycéro-phosphate et dans l'après-midi une cuillerée de potion à la caféine. Le soir, je lui donnai 250 grammes de jus de viande dans du bouillon qui fut très bien supporté. Il prit également une pilule de chanvre indien et deux cuillerées de la potion au bromure et au chanvre indien. Comme la veille, légère excitation, tendance à plaisanter; le sommeil vint tard, mais la nuit fut bonne. Le 2 mars, je jugeai le malade assez bien pour quitter l'hôtel et commencer le voyage d'un mois convenu au début de la cure. Dans l'après-midi eut lieu le départ pour la première ville à visiter; le trajet effectué en trois heures se fit sans la moindre gêne. Je donnai encore au dîner une pilule de chanvre indien qui fit passer la soirée très agréablement, et comme le sommeil tardait trop à venir, deux cachets de trional de 1 gramme; l'effet fut excellent.

Le 3 mars, je fis prendre un bain chaud suivi du massage complet du corps avec insistance sur les membres inférieurs. Le soir, après une longue promenade, bain d'électricité statique suivi de quelques excitations faibles le long des jambes et des cuisses. Grâce à cette vie en plein air et au massage du matin, la tendance au sommeil vint d'elle-même. A ce moment, je jugeai que ma présence n'était plus nécessaire et je remis le malade aux soins de son parent, ne lui ordonnant pour tout médicament que du vin au glycéro-phosphate. Enfin le voyage fini, M. X... avait repris son poids initial et ses couleurs; il était habitué à se passer d'opium sans paraître déprimé.

Toutefois je recommandai au parent d'assister à l'installation nouvelle et je donnai comme règle d'éviter à l'avenir toute préparation, tout remède opiacé et de fuir les occasions à se trouver avec des fumeurs d'opium. Ces prescriptions furent heureusement suivies, car le goût de l'opium ne disparût que lentement.

A l'heure actuelle, après dix-huit mois, la guérison s'est maintenue et je me crois en droit d'affirmer que la désintoxication de ce fumeur est complète.

Peut-on arriver au même résultat par une méthode moins rapide, mais moins douloureuse? Car il faut bien l'avouer, les premières journées d'accablement, d'élancement dans les membres et d'insomnie, coupée par la vision des plaisirs passés, sont une torture autant physique que morale. Eh bien, si fâcheuse que soit l'obligation de souffrir, je ne crois pas que la désintoxication lente puisse se produire complètement en se confiant à la seule bonne volonté du malade. J'en ai la preuve dans l'observation suivante :

Un jeune homme de 29 ans vint me trouver quelques mois après la cure que je viens de relater et me demanda mon avis sur son cas. Il avait contracté l'habitude de fumer l'opium depuis quatre ans à la suite d'un séjour en Indo-Chine. Depuis cette époque il avait, à plusieurs reprises, tenté de se déshabituer, mais sans succès; maintenant il désirait vivement en finir une fois pour toutes. J'acceptai d'entreprendre son traitement aux mêmes conditions que ci-dessus, mais il ne voulut jamais consentir à une suppression brusque; tous mes arguments échouèrent devant la crainte de la souffrance. Je déclarai alors ne pas *me charger* de son cas ; j'acceptai seulement de surveiller une diminution graduelle qu'il allait essayer. Ce jeune homme fumait, lui aussi, deux fois par jour; il lui fallait environ de vingt à quarante pipes, mais une ou deux fois par semaine il augmentait brusquement la quantité, soit soixante à quatre-vingts pipes, de façon à avoir l'insomnie intensément délicieuse de toute la nuit. Le lendemain il était malade, mais, il avait passé une soirée parfaite. Toute résistance à sa passion était devenue impossible; cependant grâce à sa constitution vigoureuse, sa santé ne se trouvait pas trop ébranlée, tous les organes étaient sains et le cœur normal. Il se décida à commencer le traitement le 1er mai, à quarante pipes pour les deux séances; son plan était de supprimer deux pipes par jour. Un ami devait surveiller le nombre et retirer ensuite l'attirail de fumeur. La diminution fut d'abord régulière et le vingtième jour le jeune homme ne fumait plus que dix pipes. A ce moment, il y eut quelques troubles; les nuits étaient moins bonnes, l'appétit languissant, l'effort pour le travail intellectuel très pénible. Le sommeil surtout venait difficilement et bientôt le besoin de l'opium se faisait sentir plus pressant. Le malade ne diminua plus que d'une pipe par jour. Il arriva ainsi à six pipes le vingt-cinquième jour; alors on s'aperçut que le progrès n'était qu'apparent, les pipes étaient moins nombreuses mais plus chargées; on dut dès lors peser le pot d'opium. Enfin, après de nombreux arrêts, au bout de soixante jours le sujet ne fumait plus. Mais il avait souffert trente jours sinon physiquement, du moins moralement et il n'était pas déshabitué complètement de l'opium, car il prit pendant une semaine encore une pilule d'opium. Il resta alors quinze jours, durée d'un voyage, où il ne prit rien du tout et il put se croire sauvé. Mais en rentrant chez lui, ressaisi par l'odeur d'opium qui restait dans sa fumerie, il ne put y tenir et retrouva seulement avec dix pipes l'insomnie délicieuse qu'il n'obtenait autrefois qu'avec soixante-dix. Il reconnut alors qu'il ne croyait pas pouvoir se passer d'opium, il s'empêcherait seulement de fumer une semaine ou deux, puis s'accorderait un jour d'abandon. Je ne sais s'il a pu tenir une pareille conduite; elle est difficile et si dangereuse que je la crois presque irréalisable avec la volonté diminuée des fumeurs. A supposer qu'il y soit parvenu, n'est-il pas toujours à la merci d'un entraînement et surtout d'une heure de tristesse? Or, qui peut se flatter de vivre à l'abri du malheur et de la souffrance?

Cette tentative me paraît juger la méthode lente de désintoxication que je trouve encore plus impraticable avec l'opium qu'avec la morphine. C'est peut-être en effet le moment d'insister encore sur la différence d'effet entre cet alcaloïde et la substance qui le fournit. L'opium fumé se supporte beaucoup mieux que la morphine. Son action est plus prolongée et plus douce. Alors que celle-ci, véritable poison, s'accumule dans les viscères, ruinant peu à peu le fonctionnement des organes, l'opium est éliminé en grande partie et les fonctions qu'il atteint sont surtout celles du cervau. En un mot, à doses parallèles, la morphine tue plutôt le corps, l'opium tue l'intelligence. Cette différence explique pourquoi je regrette absolument la méthode de désintoxication lente qui n'est pas décisive, pourquoi je recommande d'entourer le sevrage brusque de la pipe d'une série de précautions préparatoires qui visent à empêcher le retour de l'habitude et à faire cesser le besoin; pourquoi enfin, comme adjuvant précieux pendant la crise, je présente le chanvre indien, qui relève l'intelligence et la gaîté du malade, si gravement affaiblies, par la privation de l'excitant ordinaire.

Donc, pour me résumer, voici comment je comprends, d'après l'expérience que j'ai des fumeurs d'opium, la cure de leur désintoxication : 1° S'assurer pleine autorité sur le malade en le soustrayant, pendant la durée du traitement et le mois qui suivra à son milieu habituel, à tout ce qui peut lui rappeler l'opium; obtenir qu'il change ensuite de logement ou tout au moins qu'il renouvelle entièrement son appartement; qu'il se débarrasse de tout son attirail de fumeur et qu'il consente à subir la suppression brusque et complète. Ceci comme conditions préliminaires indispensables; 2° Recourir à une méthode rapide de désintoxication et pour cela placer le malade dans des conditions telles que le médecin puisse rester auprès de lui presque constamment pendant la période critique; mettre auprès de lui une personne sûre ayant une certaine autorité sur le patient afin de l'encourager et l'occuper. Interrompre brusquement les séances de fumerie sans avoir prévenu à l'avance pour éviter toute supercherie ou tout excès avant le traitement. Recourir au minimum de médicaments afin de faciliter la décharge toxique de l'organisme. Cependant adoucir et empêcher les douleurs et l'insomnie par le bromure et le chloral donnés vers le soir. Remonter l'état nerveux par une ou deux pilules de 0,05 cent. d'extrait de chanvre indien, substance très efficace, pour redonner la sensation de bien-être que les malades regrettent tant d'avoir perdue. Ce médicament doit être continué chaque soir tant que dure l'affaissement cérébral, mais toutefois à l'insu du malade afin qu'il n'y revienne pas par la suite et ne s'y habitue pas. Lorsque les douleurs sont par trop intolérables recourir seulement à l'injection de morphine également à l'insu du malade. Diminuer les souffrances des membres par les bains et le massage. Lorsque les vomissements bilieux diminuent et que la débâcle intestinale s'est produite, relever les forces par le jus de viande et les glycéro-phosphates de chaux et de fer. Ne pas quitter le malade pendant toute la durée de la période critique, soit 6 à 7 jours, afin d'être à même de soutenir le cœur par une injection de caféine si besoin est; 3° Le moment de perturbation de l'organisme une fois calmé restaurer les forces du malade par les toniques, le distraire et l'occuper par la promenade, exciter les fonctions de la peau, par le massage et les bains, empêcher l'insomnie par la vie au grand air et l'exercice, et à la rigueur par un peu de trional ou de sulfonal. Conseiller alors un

voyage d'au moins 3 semaines sous la garde d'un ami afin d'attendre dans un millieu étranger la *disparition de la sensation du besoin de fumer*.

On peut alors autoriser le malade à rentrer dans un appartement renouvelé, en lui recommandant d'éviter tout ce qui peut lui rappeler l'ancienne habitude tant qu'il conservera la plus légère envie de ses sensations d'autrefois ou qu'il en rêvera.

C'est seulement ainsi, à mon avis, qu'on pourra espérer une guérison complète sinon définitive. En tous cas, je considère comme incapable de donner des résultats durables la méthode de diminution graduelle, parce que si on peut parvenir avec peine à réduire l'absorption de l'opium, on n'est pas arrivé à dégoûter le malade de son toxique, et que si le corps est débarrassé en partie, le cerveau dans sa plus forte manifestation, la volonté, reste encore intoxiqué, et c'est là le point principal, le plus grave danger chez les fumeurs d'opium. Un médecin consciencieux ne doit pas l'oublier.

CLINIQUE MÉDICALE

Oblitération artérielle post-grippale ;

Par le Dr SALOMON (de Savigné-L Evêque).

La thrombose par artérite, dans le cours des maladies infectieuses, est aussi rare que sa terminaison par sphacèle des tissus sous la dépendance de l'artère oblitérée est commune. Aussi semble-t-il intéressant d'en signaler un cas, survenu à la suite de la grippe, se terminant par résolution complète.

Ch... Alfred, cultivateur à N..., âgé de 68 ans, me fait appeler le 20 février 1901. Le malade est debout, refusant de se coucher, en proie à une grande dyspnée ; la fièvre est vive, accompagnée de *sub delirium*, la face violacée et le malade accuse de la céphalée, des douleurs lombaires et de l'arthralgie. Il a eu, deux jours auparavant, un grand frisson avec un point de côté à droite et des vomissements.

A l'auscultation, râles sibilants et sous-crépitants disséminés dans tout le côté gauche de la poitrine. A droite, au niveau du lobe moyen du poumon, la respiration est soufflante ; au-dessous, on trouve des râles crépitants. A ces signes viennent s'ajouter des râles sibilants et sous-crépitants disséminés. A la percussion submatité légère à gauche, matité assez marquée à droite, surtout à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen du poumon. La voix est renforcée et les vibrations thoraciques augmentées. Expectoration difficile de crachats épais et fortement teintés. Le malade jusqu'ici jouissait d'une santé en apparence parfaite, il se défend d'être un alcoolique. Dans tous les cas, ses artères sont dures et sinueuses, le cœur bat assez bien, pas de signes stéthoscopiques de lésions valvulaires.

Après quinze jours de traitement, Ch... entre en convalescence, il vient lui-même me consulter le 5 mars : « Il a, dit-il, le bras droit plus lourd, la main du même côté s'est refroidie, est devenue plus blanche que l'autre; il n'a plus de pouls et sent des fourmillements jusqu'au coude. » Il accuse une traînée douloureuse au toucher, au tiers inférieur et externe de la face antérieure de l'avant-bras. A la palpation, on sent très facilement un cordon dur sur tout le trajet de l'artère radiale. A ce niveau, il est impossible de percevoir le mouvement pulsatile de l'artère. Cette absence de pulsations se prolonge jusqu'au-dessus du tiers moyen de l'avant-bras.

Au pli du coude, sous l'expansion aponévrotique du biceps, on sent très bien un pouls vibrant et dur. Il est facile de suivre l'artère que l'état de maigreur extrême du sujet laisse superficielle dans sa gouttière, là où elle est recouverte par le bord interne du long supinateur lorsqu'il est moins atrophié. On sent l'artère battre jusqu'à trois travers de doigt au-dessous. La situation profonde du segment supérieur de l'artère cubitale empêche de se renseigner par la palpation. Le stéthoscope appuyé à différentes hauteurs ne révèle rien. Après que l'artère s'est engagée sous le rond pronateur et le fléchisseur superficiel, aucune sensation pulsatile n'est transmise. Lorsque l'artère se dégage de la face profonde du fléchisseur superficiel pour se placer entre ce muscle et le tendon du cubital antérieur pour devenir sous-aponévrotique, la palpation ne révèle ni battement, ni cordon dur, comme pour la radiale, alors que du côté gauche on sent très bien les battements un peu plus profonds que ceux de la radiale. Dans tout le trajet de la cubitale, le malade n'éprouve aucune sensation douloureuse. Complétant cet examen, l'inspection de la main me révèle une décoloration de la peau assez uniforme. La sensibilité est légèrement émoussée, mais n'est pas abolie. Il y a de l'ischémie. Si je pique le pouce au niveau de la pulpe de la phalangette, il ne sort pas une goutte de sang, il en est de même à la phalangette de l'auriculaire à l'éminence thénar et à l'éminence hypothénar, alors qu'à gauche les mêmes points piqués laissent écouler le sang assez facilement. Le malade sent très bien la piqûre, mais cette sensation douloureuse est retardée et se fait comme à travers un voile. La température est très abaissée, autant que je puis le constater par le toucher, en comparant les deux mains. N'ayant pas à ma disposition de thermomètre indiquant les basses températures, il m'est impossible d'établir le degré exact de refroidissement. Les fonctions de relation semblent intactes.

De cet examen, il semble résulter que l'artère cubitale a dû partager le sort de la radiale et que le segment de membre atteint est menacé à bref délai de sphacèle si l'artère interosseuse antérieure par elle-même et surtout par une de ses branches souvent aussi volumineuse qu'elle, l'artère du nerf médian qui accompagne le nerf jusque dans la paume de la main, ne vient pas à notre aide.

En présence de la gravité du cas, je crois devoir faire un pronostic sévère et prévenir le malade. Comme traitement, je prescris l'enveloppement dans l'ouate imbibée d'alcoolat de Fioraventi et recouverte de taffetas gommé, avec des bains quotidiens légérement excitants. Le malade, que je désire surveiller, vient tous les deux jours à ma consultation. Le 7 et le 9 mars, pas de changement. Analyse de l'urine, pas de sucre; le 11 mars, le malade présente à la partie inférieure de la face antérieure de l'avant-bras une phlyctène de mauvais augure, l'épiderme se détache par place, la main, à la face palmaire est d'un jaune sale, à la face dorsale est devenue violette. Je propose à mon client une consultation avec un confrère, le prévenant qu'une intervention chirurgicale sera peut-être nécessaire. Refus catégorique du malade, qui veut attendre.

Le 13, la situation semble s'être améliorée, il est possible de percevoir les battements de l'artère radiale jusqu'à l'union du tiers moyen de son trajet avec son tiers inférieur. Malgré l'apparition d'une nouvelle phlyctène qui laisse écouler quelques gouttes de sérosité, la coloration de la main me semble meilleure et la température plus élevée, et par suite le pronostic me semble plus bénin.

Le 15, le malade m'annonce avec joie que le pouls est revenu, le pouls à l'endroit classique est, en effet, perceptible, bien que beaucoup plus petit que du côté gauche. La chaleur est revenue dans la main, la coloration est plus uniforme et se rapproche de la coloration normale, enfin le malade prétend sentir des battements dans le pouce.

Aujourd'hui le malade est complètement guéri, il y a déjà quelques jours qu'il ne croit plus nécessaire de me consulter

Comme je l'ai fait pressentir, cette observation m'a semblé interessante à publier : 1° parce que la thrombose actuelle, dans le cours des maladies infectieuses est très rare et en particulier dans la grippe. Les quelques faits que j'ai pu recueillir, appartenaient à la fièvre typhoïde et à l'infection puerpérale; 2° parce que son siège n'est pas celui que l'attente infectieuse recherche. Les membres inférieurs offrent un terrain plus favo-

rable, et c'est là qu'on l'observe plus volontiers ; 3° enfin parce que sa terminaison par résolution complète est moins fréquente que par sphacèle, nécessitant souvent l'amputation, déterminant quelquefois la mort; je crois que cette terminaison heureuse doit être uniquement attribuée au siège de la lésion.

La suppléance de la circulation collatérale apparaît nettement et s'explique assez facilement par l'anatomie de la région. On rencontre, en effet, avec un trajet parallèle et intermédiaire aux deux artères lésées, une collatérale qui prend son origine au-dessus de la lésion et donne naissance à une branche; l'artère du nerf médian, quelquefois plus volumineuse que l'interosseuse elle-même, se terminant dans la paume de la main et distribuant sur son parcours des petites artérioles suffisantes pour arrêter la mortification des tissus. Pour conclure, j'estime que la praticien sera toujours prudent en réservant son pronostic et surtout en s'abstenant d'une intervention chirurgicale trop hâtive.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu : Adieux de M. le Pr Panas.

Lundi dernier, M. le Pr Panas a fait sa dernière leçon à l'amphithéâtre de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, en présence d'un nombreux auditoire. On avait, pour la circonstance, décoré la salle de trophées, de drapeaux et de plantes vertes. Il nous sera permis de donner de cette réunion plus qu'un compte rendu banal. Autour du Maître étaient groupés ses anciens élèves, les élèves du service actuel, ses collègues et amis parmi lesquels nous avons remarqué : MM. Nélaton, Marie, Gaucher, Troisier, Delbet, de Lapersonne, Kirmisson, Peyrot, Bouilly, Castex, Muselier, Galezowski, Landolt, Chevallereau, Rochon-Duvigneaud, Jocqs, Terson, Souligoux, Péchin, etc. M. Panas avait encore une année d'enseignement dans cette chaire qu'il illustra avec éclat et, en devançant cette date, il laisse d'unanimes regrets. Ce n'est pas ici le lieu de rappeler par quelles phases passa le projet de création d'une chaire officielle d'ophtalmologie. L'initiative privée avait déjà fait beaucoup en France pour cette science, mais le progrès si lent à s'opérer chez nous, avait marqué une forte empreinte à l'étranger où la plupart des grandes universités étaient dotées d'un enseignement officiel. Après bien des difficultés, M. Panas fut investi du titre de professeur d'ophtalmologie et depuis lors, c'est-à-dire depuis vingt-deux ans, il n'a cessé de consacrer toutes ses forces et toute son activité à faire prospérer cet enseignement. On sait que les résultats furent très beaux. Une pléiade d'élèves, passés maîtres à leur tour, se forma autour du professeur, et de nombreux et importants travaux sortirent des laboratoires. Ainsi s'accrut peu à peu la renommée du service ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, et si l'ophtalmologie fut quelque peu délaissée des étudiants français, de nombreux étrangers se montrèrent très assidus.

Nous avons nous-même suivi, pendant des années, ces leçons magistrales où s'affirmait la haute personnalité du professeur. Il y apporta un esprit scientifique indépendant et éclectique, un talent de chirurgien qui lui permettait d entreprendre, avec un succès presque unique, les grandes opérations sanglantes ; une largeur de vue qui excluait les maximes des petites chapelles, et encourageait le développement des recherches originales, une imprégnation des grands principes fondamentaux de la médecine, telle qu'aucun chapitre de la science ophtalmologique ne fut traité et mis au point, sans être éclairé et dominé, avant toutes choses, par l'éclatante lumière de la pathologie générale. Telle est la marque caractéristique de cet enseignement. La tendance des influences étrangères était de ne considérer l'œil que comme un organe au mécanisme compliqué et de tout ramener sur un même terrain local. L'horizon se trouvait ainsi forcément borné, on y voyait évoluer un spécialiste ne s'attachant qu'à l'œil même et y faisant tout converger. Pour ne citer qu'un exemple : le strabisme n'était qu'une anomalie due à un vice de réfraction et à des défauts musculaires périphériques, les diverses lésions n'étaient souvent rapportées qu'à des causes locales.

Une orientation nouvelle a été donnée à l'ophtalmologie. Et c'est quand il allait enfin recueillir les fruits de ce labeur, que M. Panas s'éloigne de ce milieu où sa présence était reconnue si nécessaire encore. Les regrets que suscite sa retraite sont universels; son œuvre n'était point encore entièrement terminée, mais l'élan est donné et les projets dont il a posé les bases ne tarderont pas à aboutir. Grâce à son impulsion, la création des ophtalmologistes des hôpitaux est chose faite et sa dernière tâche, qui était de fonder une agrégation d'ophtalmologie, ne peut manquer d'être soutenue par tous ceux qui s'intéressent à la bonne renommée de la Faculté de Médecine. M. le Pr Panas n'a pas de successeur immédiat.

Autour de cette chaire vacante, à Paris, c'est presque le vide; aucune personnalité officielle n'est désignée pour recueillir cette lourde succession. En devrait-il être ainsi dans une Faculté pourvue d'aussi riches éléments ? Les jeunes agrégés considèrent encore l'ophtalmologie comme une science d'exception où ils n'osent pas trop s'aventurer. La faute en est à notre organisation. Il faudrait que dès le début, avant d'avoir usé leurs forces et leur activité en vue d'un concours, les candidats puissent affirmer leurs préférences, et se diriger librement dans la voie que leur inspire leur vocation.

Au demeurant, la pénurie actuelle des concurrents ne fait que rehausser le mérite qu'eût M. Panas, il y a plus de 30 ans. de mettre tout son talent au service de l'ophtalmologie. Nous estimons qu'il fallut même une certaine indépendance de caractère pour s'affirmer ainsi. Son initiative a donc eu un résultat important puisqu'elle a abouti à la création d'une chaire d'ophtalmologie et déterminé un mouvement scientifique, parallèlement aux cliniques privées, dont l'œuvre, il faut le dire, est considérable.

Le successeur de M. Panas trouvera un service admirablement organisé. Actuellement, il dispose d'une magnifique salle d'opérations, agencée avec les derniers perfectionnements. Dans toutes ces organisations,

M. Panas a pu compter sur le concours de M. Brouardel. Aussi lui a-t-il rendu hommage, et les applaudissements de l'auditoire ont marqué cette approbation. La grande activité et l'esprit d'initiative de notre Doyen se sont souvent heurtés aux rouages administratifs : Qui ne se souvient de la lutte qu'il soutint lui-même autrefois pour l'installation des services de la Morgue ? Son intervention, pour ce qui concerne l'ophtalmologie, a favorisé les projets de M. Panas. Ainsi, nous l'avons dit, se trouve déjà créé un service d'ophtalmologie des hôpitaux, d'autres suivront peut-être (1).

M. Panas n'a voulu descendre de cette chaire qu'après s'être fait entendre une dernière fois dans une leçon clinique sur un cas d'exophtalmie traumatique. Ce sujet a été traité par le professeur avec sa maîtrise habituelle, sûr de lui-même, comme toujours, et sans trahir la moindre émotion. Cependant cette émotion se lisait sur tous les visages et on sentait tout ce qu'avait de douloureux cette séparation.

A la fin de la leçon, M. *Terrien*, chef de clinique, a prononcé l'allocution suivante :

Mon cher maître,

Je crois répondre au désir de tous vos élèves et être leur interprète en vous disant avec quelle tristesse nous vous voyons partir et vous séparer de nous. Pendant tout le temps où nous avons eu le bonheur d'être auprès de vous, vous avez toujours été pour nous un maître dans toute l'acception du mot : le maître qui enseigne, le maître qui protège et le maître qui aime. Eh bien, cette affection dont vous nous avez toujours entourés, croyez, mon cher maître, que nous avons su en apprécier tout le prix et que nous vous en serons toujours profondément reconnaissants. Permettez donc à ceux que vous avez bien voulu considérer toujours comme vos enfants de vous offrir la leur en échange et de vous assurer, en vous disant merci, qu'ils conserveront toujours au fond du cœur le respect de votre enseignement et le souvenir de toutes vos bontés.

M. le Pr Panas a ensuite pris la parole dans ces termes :

Mes chers élèves et amis,

Je suis profondément touché de votre élan à m'entourer au moment de mon départ. Cette manifestation qui me remplit de joie ne me laisse qu'un seul regret, celui de me séparer de collaborateurs tels que vous. Les sentiments qui vous animent et dont M. Terrien a été votre interprète, seront le meilleur souvenir que j'emporte de ma longue carrière dans l'enseignement. Lorsque, il y a vingt-deux ans, j'ai occupé cette chaire qui venait d'être créée j'avais pris le ferme engagement d'user de toutes mes forces pour faire de la clinique de l'Hotel-Dieu un centre d'études et de recherches ophtalmologiques, nous permettant de rivaliser avec ceux qui existaient depuis plus ou moins longtemps à l'étranger.

J'espère que, grâce à mes efforts et aux vôtres, nous y sommes parvenus, ainsi qu'en témoignent les nombreux travaux sortis de la clinique et du laboratoire, auxquels vous avez tous pris part, pour le bon renom de l'ophtalmologie française. Pour s'en convaincre, il suffira de compulser les thèses de doctorat, les annales des sociétés savantes, les traités didactiques ou conçus dans un esprit de recherches, et la collection des archives d'ophtalmologie que j'ai eu le soin de fonder dès le début, avec le concours dévoué de mon ami Landolt, et plus tard de mes collègues, les professeurs Gayet et Badal, auxquels sont venus se joindre deux de nos collègues belges, MM. Nuel de Liège et Van Duyse de Gand. Ajouterai-je, au risque de blesser votre modestie, que déjà plusieurs d'entre vous passés maîtres à leur tour, tant en France qu'à l'étranger, font honneur à notre école? Soyez certains que personne ne s'en réjouit plus que moi et que mon plus grand regret, en quittant cette chaire, avant le terme qui m'était assigné, sera de ne plus me trouver intimement mêlé à vos recherches. Mais j'espère que, grâce à la continuité de votre labeur et à votre amour du progrès, on finira par vous ouvrir toutes grandes les portes des hôpitaux et même celles des Facultés, car la création d'une agrégation en ophtalmologie me paraît imminente : c'est à ce double but qu'ont tendu tous mes efforts dans ces dix dernières années et, si je n'ai pas réussi complètement, la faute en est aux résistances qui surgissent lorsqu'il s'agit d'innover. Il me reste à adresser mes plus vifs remerciements à notre cher doyen, M. Brouardel, pour le concours dévoué qu'il m'a toujours prêté, ainsi qu'au directeur de l'Hôtel-Dieu, M. Joret, et aux sœurs du service, particulièrement à celle de Saint-Julien, qui pendant quinze ans a été ma collaboratrice dévouée.

(1) Par une ironie singulière du sort, M. Panas ne fit pas partie du Jury pour le premier concours qui eut lieu l'an dernier.

Chaque phrase, pour ainsi dire, a été marquée par des salves d'applaudissements qui couvraient la voix du maître.

On aurait voulu se faire illusion et reculer la date de cette pénible séparation. Nous perdons un Maître aimé parce qu'il était bienveillant, un professeur érudit et hautement expérimenté dont la parole simple et séduisante était toujours guidée par la netteté des idées.

Cette touchante manifestation a pris fin à midi. Les auditeurs ont ensuite défilé devant M. Panas, emportant un souvenir ému de cette imposante réunion.

Koenig.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 juin 1901.

Sur la présence d'un stade grégariniforme dans le cycle évolutif de l'hématozoaire du paludisme.

M. A. Billet. — Dans le cours du processus de multiplication de l'hématozoaire par voie endogène ou asexuée, l'auteur a observé un *stade grégariniforme*, intermédiaire entre le stade de début — où le parasite est représenté par un petit corps ovalaire, non pigmenté, à cytoplasme annulaire muni d'un noyau vacuolaire et d'un karyosome punctiforme — et le stade adulte, où il prend l'aspect d'un corps sphérique volumineux, fortement pigmenté, qui donne naissance à un sporocyste. Il constitue la forme la plus habituelle de ce qu'on a appelé les *corps amiboïdes de l'hématozoaire*.

Sous cet état grégariniforme, le parasite se compose de deux parties séparées par un étranglement; la première, ovalaire, non amiboïde, renferme le noyau et son karyosome, entourés d'une mince couche de protoplasme; la seconde, comprenant la presque totalité du cytoplasme, est munie de pseudopodes très déliés qui s'étendent jusqu'à la périphérie du globule; elle contient de très nombreux grains de pigment. Ce stade grégariniforme s'observe principalement au début de la période d'apyrexie qui sépare deux accès de type tierce simple; l'auteur l'a rencontré dans plus de la moitié des cas, et pense que ce stade représente la phase véritablement active de la vie du parasite, celle où l'hématozoaire se développe aux dépens du globule rouge qu'il altère profondément.

Sur une méthode de recherche du bacille typhique.

M. Cambier, a pu s'assurer que si une bougie poreuse, contenant une culture pure de bacille d'Eberth, plonge dans un vase renfermant du bouillon, celui-ci se trouble au bout de quelques heures par suite du passage des microbes à travers la paroi poreuse. Des espèces microbiennes autres que le bacille d'Eberth, jouissent de la même propriété; mais leur passage est beaucoup moins rapide.

L'auteur a fondé sur ce fait un procédé de séparation du bacille d'Eberth, qui consiste à ensemencer avec l'eau suspecte du bouillon stérile contenu dans un tube poreux,

plongeant dans un vase également plein de bouillon stérile. Quelques heures plus tard, on recueille le bouillon renfermé dans le vase antérieur; quand la recherche est positive, le bacille typhique s'y trouve en culture pure; il ne reste qu'à le différencier au moyen de ses caractères culturaux, des résultats de son inoculation et de la réaction agglutinante. PHISALIX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 juin 1901.—PRÉSIDENCE DE M. le Pr BOUCHARD.

Liquide céphalo-rachidien après rachi-cocaïnisation.

MM. RAVAUT et AUBOURG ont observé l'évolution des accidents dus à la rachi-cocaïnisation depuis que M. Guinard emploie ce mode d'anesthésie dans son service.

Pour diminuer l'intensité de la céphalée, les auteurs ont fait une ponction lombaire pour supprimer une partie de la cocaïne libre, dans le liquide céphalo-rachidien, et diminuer la tension du liquide qui pouvait être augmentée. La céphalée a diminué à la suite de cette deuxième ponction. Il semble aussi que plus la céphalée était violente, plus le liquide coulait rapidement comme sous l'influence d'une forte tension, et le liquide était louche. Quand la céphalée était légère, le liquide clair coulait goutte à goutte. L'examen histologique (méthode de Widal et Sicard) a montré des polynucléaires d'autant plus abondants que le liquide est plus trouble. Dans le tube centrifugent, il se forme en 24 heures un véritable culot de pus. La quantité des éléments semble en rapport avec la céphalée. Chez ceux qui ont eu une réaction intense, la ponction suivie quelques jours montre que le liquide s'éclaircit en 5 ou 6 jours, les polynucléaires diminuent; c'est ce qui se passe dans les infections méningées qui guérissent. Toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, il ne peut s'agir d'infection, et aucun élément microbien n'est retrouvé aux cultures. Ce serait donc dû à l'action de la cocaïne elle-même sur l'enveloppe arachnoïdo-pie-mérienne, elle agirait comme une toxine; la céphalée est la manifestation de ces modifications.

Cholémie chez l'homme.

MM. GILBERT, LEREBOULLET et HERSCHER ont pratiqué, sur 180 sujets de tout âge, sains ou malades, des injections de sérums en vue de déterminer la cholémie. 31 ont présenté une cholémie appréciable; 11 avaient une cholémie assez marquée pour donner la réaction de Gmelin. — Elle est un peu plus fréquente chez la femme; toujours elle a été constatée chez des gens atteints d'une affection hépatique passagère ou définitive. On peut conclure que la cholémie se rencontre : 1° Ictère acholurique simple (cholémie subsitérique et cholémie anictérique), 8 enfants sur 60; 2° affections diverses du foie avec ou sans ictère appréciable; 3° maladies aiguës s'accompagnant d'une viciation des fonctions du foie, soit par maladies infectieuses pneumonie, fièvre typhoïde, ou de maladies du cœur, des reins, des poumons.

La cholémie est donc fréquente, mais paraît ressortir d'une cause appréciable d'où l'importance séméiologique de sa présence.

Ovolécithine.

MM. DESGREZ et ZAKY, par leurs expériences dans le laboratoire du Pr Bouchard, concluent que la lécithine de l'œuf exerce une influence des plus favorables sur les échanges nutritifs. Sur les cobayes et les chiens, par voie sous-cutanée ou stomacale, l'injection de 0 gr. 05 a donné en 40 jours des accroissements de 60 à 109 0/0 chez les animaux traités; les urines présentent une augmentation d'urée avec élévation de coefficient azoturique. Il y a donc amélioration de l'élaboration azotée, diminution de l'acide phosphorique donc augmentation de l'utilisation phosphorique dans l'économie.

Fixation des éléments du sang par le chloroforme.

M. JOSUÉ. — Le chloroforme est un excellent fixateur des éléments du sang, les éléments cellulaires ainsi fixés se colorent facilement au triacide d'Ehrlich, etc., elle est simple et facile à réaliser, et permet avec ce triacide des préparations très belles.

Anatomie du canal sacré.

M. CHIPAULT rappelle qu'il a, en 1894 (travail de neurologie chirurgicale et thèse), fait des remarques anatomiques sur le canal sacré; il rappelle que : 1° Le cul-de-sac terminal de la dure-mère se trouve au niveau de la première apophyse épineuse sacrée, quels que soient l'âge et la position du sujet : au-dessus, et en rapport avec l'espace lombo-sacré, se trouve le réservoir céphalo-rachidien inférieur; 2° le canal sacré contient : *les ganglions et les racines*, formant fer à cheval autour du cul-de-sac terminal de la dure-mère; ils sont accolés à la face antérieure du canal, entourés d'une gaine durale épaisse; l'*appareil de relèvement de ces éléments nerveux*, situé en avant du fer à cheval; la *gaine épidurale*, plus abondante, cloisonnée où les injections se diffusent mal chez l'homme: 3° les parois osseuses du canal sacré présentant : un orifice inférieur, dont les cornes latérales sont le seul point de repère régulier, une paroi postérieure presque rectiligne verticalement, et creusée d'une gouttière longitudinale où glisse l'aiguille; une paroi antérieure ondulée donnant une disposition en chapelet. C'est pourquoi l'auteur préfère la voie sacro-lombaire et pour la ponction épidurale, la position de Trendelenburg, la pénétration sacro-coccygienne de l'aiguille, et son introduction très haut dans le canal sacré, le long de la paroi postérieure en gouttière.

M. FERE, avec l'ergographe de Mosso, fait des recherches sur l'*influence du café sur le travail.*

M. JULIARD (de Genève) étudie l'*hématolyse dans les épanchements sanguins des séreuses.*

M. RICHET s'occupe de l'influence de la température extérieure sur l'influence du sérum musculaire, plus toxique en été qu'en hiver. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 juin 1901.

La pelade.

MM. JACQUET et PORTES ont bien déterminé les conditions urologiques de la pelade. L'analyse de l'urine a toujours montré de la polyurie, hyperchlorurie, hypophosphaturie et hyposulfaturie. L'analyse du sang montre de son côté une diminution des chlorures. Enfin l'expérience a montré, du reste, l'action bienfaisante des injections chlorurées sodiques dans cette maladie.

Aussi MM. Jacquet et Portes concluent en ces termes : « Plus que jamais nous croyons en conséquence à l'inanité de la pelade infectieuse, contagieuse et épidémique. Plus que jamais, la pelade nous apparaît comme la traduction superficielle d'une viciation nutritive profonde de l'organisme. »

De l'emploi thérapeutique de la lécithine.

M. LANCEREAUX montre l'utilité de la lécithine dans toutes les dénutritions : tuberculose, dégénérescence amyloïde, broncho-pneumonie chronique et même diabète pancréatique. L'augmentation de poids est remarquable, l'état général très amélioré.

M. ROBIN signale l'augmentation d'acide urique produite par la lécithine. Celle-ci peut être un inconvénient.

L'alcoolisme.

La proposition présentée par M. LABORDE, dans la dernière séance, et tendant à ce que l'Académie, conformément à l'article de loi voté à la Chambre, signale les essences dangereuses et toxiques a été renvoyée à la Com-

mission de l'alcoolisme, composée de MM. Laborde, Lancereaux, Riche, Magnan, Brouardel, Motais, Cornil.

Sérothérapie du cancer.

M. Wlaeff présente une malade atteinte de cancer du sein et améliorée par les injections de sérum d'animaux traités par les blastomycètes.

Élection de deux correspondants étrangers (4e division).

Les candidats présentés étaient : en 1re ligne : MM. Tichomirow (de Moscou) et Schaër (de Strasbourg) ; en 2e ligne, MM. Istrati (de Bucarest) et Ladenburg (de Breslau).

MM. Tichomirow et Schaer ont été élus, le premier par 52 voix, le second par 42 voix contre 5 à M. Israti, sur 62 votants. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 juin 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Intoxication diphtéritique.

M. Simonin considère l'asthénie rapide et la tachycardie dans une angine comme d'excellents signes cliniques de l'infection diphtérique. A son avis, ces seuls signes doivent suffire pour légitimer l'emploi immédiat de la sérothérapie.

Méningite à pneumocoque

M. Guinon a observé, chez un enfant de cinq semaines, une méningite à pneumocoques. Cette bactérie fut trouvée dans le liquide provenant de la ponction lombaire et l'autopsie vérifia encore le diagnostic.

Adénolipomatose.

MM. Labbé et Ferrand présentent une malade de 18 ans offrant, à la région sous-maxillaire, une tumeur adénolipomateuse. La tuberculose paraît être l'origine de cette affection.

Tuberculose du cervelet.

MM. Huchard et Bergouignan ont observé un malade de 32 ans, atteint de tuberculose pulmonaire et présentant des vertiges, de la perte de l'équilibre avec entraînement à droite, des vomissements et de la céphalée très violente. La parole était traînante, mais l'intelligence et les fonctions sensorielles conservées. Le diagnostic de tumeur du cervelet fut porté, et à l'autopsie, on trouva de la tuberculose généralisée, des tubercules méningées dans les hémisphères cérébraux et un gros foyer tuberculeux dans l'hémisphère cérébelleux droit.

Sensibilisatrice du sérum typhoïdique.

MM Widal et Le Sourd ont vérifié les recherches de MM. Bordet et Gengou démontrant, dans le sérum typhique, l'existence d'une sensibilisatrice, c'est-à-dire d'une substance résistant au chauffage à 56° qui facilite l'absorption par le microbe ou la cellule de l'alexine. On sait que les sérums doivent leurs propriétés bactéricides à deux substances : 1° à l'alexine qui est bactéricide et existe dans le sérum normal; 2° à la sensibilisatrice qui a une action spécifique et facilite le pouvoir bactéricide de l'alexine.

MM. Faisans et Audisteri présentent des pièces anatomiques provenant d'un pleurétique ancien.

MM. Méry et Touchard font une communication sur la *cryoscopie de l'albuminurie orthostatique* tendant à subdiviser en plusieurs groupes ce genre d'albuminurie.

MM. Barbier et Lobligeois insistent sur la nécessité d'injecter de hautes doses de sérum chez des enfants atteints de diphtérie avec persistance inaccoutumée des fausses membranes, malgré le traitement sérothérapique. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 juin 1901. — Présidence de M. Reclus.

Traitement chirurgical des néphrites.

M. Pousson (de Bordeaux), rapporte plusieurs observations de néphrite aiguë, dont quatre personnelles, et dans lesquelles on a pratiqué une intervention chirurgicale; la néphrotomie, dans ces cas, fait une véritable saignée qui décongestionne l'organe, et elle permet l'évacuation des petits abcès miliaires.

M. Pousson est intervenu dans trois cas de néphrite chronique, et toujours l'intervention a relevé notablement le taux de l'urée, des phosphates et des chlorures.

M. Legueu, a pratiqué trois néphrostomies pour pyélonéphrite aiguë, mais il n'a pas obtenu de résultat qu'il en attendait.

M. Albarran, pense que le traitement chirurgical n'a pas encore d'indications précises dans les néphrites médicales.

Kyste hydatique du rein.

M. Legueu, a fait l'ablation d'un énorme kyste hydatique du rein, par la voie lombaire; il a fait la suture de la poche sous drainage, mais il a laissé un drain à la surface, de façon que, si une fistule se produisait, le malade se trouverait dans les mêmes conditions que si on avait marsupialisé la poche.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius traitée par la réduction sanglante.

M. Delanglave (de Marseille), vient d'observer une fracture de l'extrémité inférieure du radius, diagnostiquée par la radiographie ; les manœuvres classiques de réduction ne donnant aucun résultat, il fit la réduction sanglante et sutura le périoste au catgut ; le succès de l'intervention paraît parfait.

Schwartz.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 11 juin 1901. — Présidence de M. Kirmisson.

M. Guinon communique quatre cas qu'il a eu l'occasion d'observer récemment : 1° un fait de paralysie généralisée, suite de coqueluche; 2° un cas d'ostéo-arthrite et de méningite à staphylocoques et bacilles de Pfeiffer; 3° une observation avec présention de pièce : double thrombose de l'artère pulmonaire, trouvée à l'autopsie d'un enfant qui avait succombé avec de la cyanose et des symptômes de bronchite capillaire ayant donné lieu à des soupçons de granulée ; 4° une note sur un cas d'hyperthermie terminale chez un enfant que l'on ne put observer que très peu de temps, et qui mourut avec une température de 43°. La mort survint avant qu'il eût été possible d'affirmer un diagnostic quelconque; le seul signe organique appréciable était une tuméfaction assez considérable de la rate. A l'autopsie, on ne trouva pas de lésions organiques capables d'expliquer la mort et l'hyperthermie finale; mais on constata que, bien qu'il y eût eu des évacuations provoquées dans les derniers jours de la maladie, l'S iliaque était distendue par une énorme accumulation de matières fécales, et M. Guinon émet l'hypothèse que l'hyperthermie observée dans ce cas pourrait avoir été le fait d'une infection en rapport avec cette stase stercorale.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion *sur la sérothérapie préventive de la diphtérie.*

M. Ausset se prononce en faveur de la sérothérapie préventive, et considère que l'on peut l'employer en toute sécurité, car maintenant, grâce aux modifications et perfectionnements de la préparation du sérum, on est parvenu à faire disparaître les accidents plus ou moins sérieux que l'on observait dans les premiers temps, et les injections ne donnent plus que rarement des manifestations érythémateuses bénignes. Il rapporte, à l'appui de son dire, une intéressante observation dont voici le résumé : enfant de 4 ans présentant des signes de diphtérie; injection de 20 c.c. de sérum de Roux, avant examen microbiologique, lequel fut d'ailleurs positif; guérison ultérieure simple. Il y avait dans la famille deux autres enfants, un frère de 8 ans, et un bébé de 11 mois, allaité par sa mère, qui ne pouvait ni ne voulait s'en séparer. On éloigne le frère aîné sans lui faire d'injection préventive, tandis qu'on en fait une de 5 c.c. au nour-

risson gardé à la maison. Le nourrisson resta indemne. Mais M. Ausset regrette de n'avoir pas fait d'injection à l'aîné, car celui-là, trois jours après son départ, fut pris d'angine diphtérique. On lui fit aussitôt une injection de 20 c.c.; son angine évolua de façon bénigne, mais il survint consécutivement une poussée d'adénoïdite avec otite moyenne double inquiétante.

M. Ausset fait remarquer, d'autre part, qu'il est bon de se mettre en garde, par l'injection préventive, contre les cas de diphthérie toxique à marche rapide. Il a vu, en consultation avec un de ses confrères de Lille, un enfant qui, ne présentant à midi qu'une angine bénigne, avait, le soir, toute la gorge envahie et le larynx déjà intéressé. On fit à cet enfant, le soir même, moins de 12 heures après le début, une injection de 20 c.c. de sérum; il n'en fallut pas moins le tuber le lendemain matin, et lui faire une seconde injection 24 heures après la première; l'amélioration ne se manifesta que 48 heures plus tard, et la guérison fut lente. — L'observation attentive des malades n'est pas une garantie suffisante; l'injection préventive est bien plus sûre et il ne faut pas hésiter à y recourir.

M. Barbier discute la valeur de l'immunisation comme durée et comme efficacité. L'immunisation n'est que relative et n'assure pas toute tranquillité ultérieure. L'injection préventive ne doit pas faire renoncer à l'isolement, et il ne faut rendre ses enfants à la vie commune que quand on a constaté, à 2 ou 3 examens successifs, l'absence de bacilles spécifiques dans la gorge.

M. Netter dit que les injections préventives, si elles ne donnent pas une certitude absolue, diminuent les cas dans une proportion énorme, et il le prouve par une étude statistique détaillée. En bloc, sur 32.484 enfants inoculés préventivement à dose suffisante, 192 seulement ont été atteints de diphtérie. Les insuccès s'expliquent très bien : il y a des récidives après injections curatives; il peut bien y avoir des atteintes après l'injection préventive. — M. Netter interprète les cas, qu'il a cités, d'angine herpétique avec bacilles de Lœffler. — Au point de vue du traitement préventif, M. Netter se fait ramener, pour examen, les enfants des familles où il s'est produit un cas de diphtérie; les parents acceptent généralement l'injection préventive après examen, mais bien moins l'injection préventive d'emblée. M. Netter maintient les conclusions de sa communication antérieure.

M. Comby se prononce également en faveur des injections préventives qu'il considère comme inoffensives et efficaces, et il cite des exemples d'épidémies enrayées par ce moyen.

M. Sevestre.—Les inoculations préventives sont sans danger, mais elles peuvent néanmoins donner lieu quelquefois à de petits accidents. Il en approuve l'emploi dans les grandes agglomérations, comme dans le cas de l'épidémie de la Salpêtrière, où M. Guinon les a employées avec un si heureux résultat. Dans les familles, avec une surveillance très attentive, il pense que l'on peut attendre pour y avoir recours.

La Société vote ensuite, à l'unanimité, la motion suivante : « La Société de Pédiatrie, après discussion, affirme que les inoculations préventives antidiphtériques n'offrent aucun danger sérieux et confèrent l'immunité dans des proportions considérables pendant un certain temps, et elle en recommande l'emploi dans les grandes agglomérations, dans les salles d'hôpital, et dans les familles où les enfants ne peuvent être surveillés. »

M. Mauclaire présente un enfant qu'il a récemment opéré pour fracture du crâne. Cet enfant, âgé de 11 à 12 ans, ayant fait une chute d'une hauteur de 5 ou 6 mètres, fut apporté aussitôt après à l'hôpital, dans le coma, avec un enfoncement du pariétal gauche, une hémiplégie totale droite, et des phénomènes d'épilepsie jacksonnienne. On fit le diagnostic de compression cérébrale par hémorragie méningée, et l'on opéra immédiatement. Il fallut enlever plusieurs fragments osseux dont la réapplication, après relèvement, n'était pas possible, et il en résulta une assez large perte de substance, sur laquelle M. Mauclaire se borna à réappliquer les téguments, en faisant un petit drainage à la gaze. Il y avait bien compression par hémorragie, mais il y avait, en même temps, des lésions évidentes de contusion cérébrale. Le coma et les autres accidents ne cessèrent pas de suite après cette intervention. En face de cette persistance des accidents, M. Mauclaire, pensant que cela pouvait tenir encore à de la compression cérébrale, crut devoir pratiquer une ponction lombaire, et évacua 15 grammes de liquide céphalo-rachidien, mais sans résultat. L'enfant ne revint à lui qu'au bout de 3 ou 4 jours; au bout de 15 jours, la guérison fut complète. Pas d'encéphalocèle.

M. Ausset rappelle, à propos de ce fait, un cas analogue qu'il a observé, mais à la suite d'un traumatisme ancien. Il fut consulté pour un enfant ayant de l'épilepsie jacksonnienne onze ans après un traumatisme cranien à la suite duquel il était resté une perte de substance du pariétal. L'opération, jugée nécessaire, fut pratiquée par M. Follet et l'on trouva un kyste hématique ancien. Il y eut, à la suite de l'opération, des accidents analogues à ceux qui persistèrent chez le malade de M. Mauclaire, mais tout rentra dans l'ordre quelques heures après que l'on eût enlevé le drainage à la gaze qui avait été fait également dans ce cas.

M. Mauclaire répond en donnant quelques détails qui prouvent que, chez son malade, le drainage de gaze ne peut être incriminé comme cause de la persistance des accidents.

M. Roy présente, au nom de M. Variot et au sien, un petit garçon de 4 ans 1/2 atteint de goitre exophtalmique.

Ch.-H. Petit-Vendol.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE

Séance du 12 juin 1901. — Présidence de M. Brouardel.

Une grande partie de la séance a été consacrée a une discussion sur le *Sanatorium d'Angicourt*, et, par ricochet, sur les *Sanatoriums* en général.

La fin de la séance a été prise par une communication de M. Lacau, sur les *foyers à combustion lente*. M. Lacau n'y va pas par quatre chemins : il demande simplement la suppression complète de ces foyers. Deux genres d'adversaires de cette suppression, dit-il, sont à prévoir : d'abord, les fabricants de ces appareils, naturellement; et ensuite, les « dames d'intérieur », qui se sont éprises des « Salamandres », etc., à cause de leur extrême propreté. Les premiers adversaires seront irréductibles évidemment; mais les dames, nous les convertirons en leur montrant que cette propreté est acquise aux dépens de la santé de leurs enfants. M. Lacau, selon moi, aurait pu ajouter un troisième genre d'adversaires non négligeables : ce sont les ménages pauvres et aussi les célibataires, qui ne passent qu'une partie de leur temps dans leur logement, n'étant pas, d'ailleurs, assez riches pour se faire préparer ou entretenir un foyer pendant leur absence. « Quand on veut faire tuer son chien, on dit qu'il est enragé ». M Lacau n'a eu garde d'oublier ce proverbe en parlant des poêles mobiles : ils sont les auteurs d'une foule de méfaits, dont le moindre est « la détérioration des tuyaux de fumée »; il ajoute qu'ils ont produit un grand nombre d'accidents mortels, et que, récemment, les tribunaux ont condamné un possesseur de poêle mobile solidairement avec la propriétaire de l'immeuble, pour un accident de ce genre.

L'Assemblée décide qu'une Commission sera nommée pour étudier cette question et en faire un rapport.

J'attendrai que ce rapport soit communiqué pour en faire, au besoin, la critique. Mais dès aujourd'hui, il est à prévoir, si l'auteur du rapport promis est d'accord avec M. Lacau, que cette critique aura sérieusement à s'exercer. A. Pujol.

Assistance privée. *Évasion d'une colonie d'enfants.* — On écrit de Dignac, 13 septembre, à la *Petite Gironde* du 14 septembre :

« Le garde champêtre de la commune de Dignac a remis aux mains des gendarmes un jeune vagabond, âgé de 14 ans, Albert Laumonier, évadé de la colonie de Charsey, commune de Puymoyen, dirigée par l'ex-abbé Blancheton, depuis le 8 courant. Le jeune Laumonier a déclaré s'être évadé de Charsey à la suite de *mauvais traitements* et de manque de nourriture. Il a demandé à être renvoyé à ses parents, qui habitent Luc-sur-Mer (Calvados). » — A titre de document.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : Dr CH. MIRALLIÉ.

XVIII. — Théories et procédés du magnétisme ; par DURVILLE. (Lib. du Magnétisme, Paris, 1900.)

XVIII. — Résumé de la théorie du magnétisme basée sur la théorie de l'émission et des lois du magnétisme humain. Etude des procédés divers de magnétisme, avec étude historique rapide.

XIX. — Maladies nerveuses et éducation, par OPPENHEIM. (Lib. Karger, Berlin, 1899.)

XIX. — Tous les médecins connaissent l'importance capitale de l'hérédité; ce facteur, qui dépend uniquement de la qualité des procréateurs, agit fatalement sur le produit et le marque de sa trace profonde. Par contre, l'éducation est un puissant moyen d'action sur l'individu, et les rapports de l'éducation avec les maladies nerveuses soulèvent divers problèmes. L'éducation peut-elle, là où l'hérédité entraîne le produit vers le nervosisme, l'arrêter et le protéger? Inversement : quel est le meilleur mode d'éducation à employer pour arriver à un développement parfait? L'éducation peut-elle, là où l'hérédité fait défaut, produire directement le nervosisme? Pour maintenir la santé parfaite du système nerveux, Oppenheim étudie successivement tous les moyens à mettre en usage. En dehors de l'hygiène alimentaire, physique, il faut surtout cultiver le psychisme de l'enfant : Armer le corps et l'esprit contre les impressions, qui engendrent la douleur, cultiver l'énergie et les qualités qui entrent en activité pour la domination des passions et lutter contre les mauvais penchants de l'enfant, colère, bouderies, etc. L'exemple de la maison, la vie de la famille produisent une profonde impression sur l'esprit de l'enfant; mais il faut éviter de l'entourer de trop de soins, de trop céder à ses caprices, de le déifier. On devra aussi s'attacher à cultiver les idées nobles et élevées, cultiver le sens de la nature, élever son intelligence à toutes les jouissances de l'esprit et de l'art. Enfin, il faut sauver la jeunesse de l'égarement et des dangers de la vie sexuelle et recommander la continence.

XX. — Contractures et paralysies hystériques des muscles de l'œil, par F. WEISS. (*Monatschrift f. Psych. u. Neurol*, 1899, p. 420.)

XX. — Chez un malade atteint de forte myopie (4 D. concave), staphylome postérieur et choriorétinite, l'atropine amène une grande amélioration, et la vision devient presque emmétrope. Retour de la crampe du muscle ciliaire : guérison complète et définitive par l'hypnotisme. A propos de ce cas, Weiss passe en revue les diverses observations publiées par divers auteurs, établit la symptomatologie de l'hystérie des muscles de l'œil; ces divers symptômes relèvent d'un trouble cortical : l'auteur finit, en rappelant les divers travaux sur le centre cortical de la pupille.

XXI. — Cécité verbale, cécité littérale et cécité psychique, par HINSHELWOOD. Lib. Lewis, London, 1900.

XXI. — L'auteur a réuni en un petit volume les communications déjà faites par lui à la Société médico-chirurgicale de Glasgow et publiées dans la *Lancet*, et dont la plupart ont déjà été analysées. Le premier chapitre est consacré à la mémoire visuelle, si vivace et si précise chez certains individus (Horace Vernet). Dans le second chapitre, l'auteur donne l'histoire d'un malade, atteint de cécité verbale et littérale et de cécité psychique, et en rapproche les observations analogues de la littérature. Le second malade présente une cécité psychique partielle, avec dyslexie et forme particulière de cécité verbale. Dans le quatrième chapitre, l'auteur étudie la cécité verbale sans cécité littérale; et ensuite la cécité littérale sans cécité verbale. L'auteur insiste surtout sur l'examen complet des troubles visuels et les rapproche dans chaque cas des troubles du langage observés.

XXII. — Recherches sur l'excitabilité de la partie postérieure du lobe frontal; par V. BECHTEREW. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, 1899).

XXII. — Après avoir exposé rapidement les résultats expérimentaux de Ferrier, Horsley, Beevor, Mott, V. B. expose le résultat de ses propres recherches, qui continuent les expériences faites en collaboration avec Rosenbach (1883). Pratiquées sur différents animaux, du cobaye au singe, ces recherches démontrent que la partie postérieure du lobe frontal est excitable. On n'obtient pas alors uniquement, comme l'ont prétendu les auteurs précédents, des mouvements de la tête et des yeux ; mais cette région contient en outre les centres moteurs des muscles des oreilles, le centre dilatateur de la pupille, les centres respiratoires, le centre de la paupière supérieure, des muscles épicranien et frontal (rameau supérieur du facial).

XXIII. — Étude sur l'anatomie pathologique de la maladie de Friedreich : par VINCELET. Paris, 1900, libr. Carré et Naud.

XXIII. — Après une rapide esquisse étiologique et symptomatologique, l'auteur arrive au point capital de sa thèse, l'anatomie pathologique. Après avoir cité les 18 cas indiscutables d'autopsie de maladie de Friedreich, Vincelet discute les cas douteux. Comme contribution personnelle, Vincelet apporte deux observations anatomo-cliniques. La première est un cas type de Friedreich, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique. La moelle est grêle, les cordons de Goll et de Burdach sont dégénérés dans toute leur étendue, le faisceau cornu commissural est presque intact; les faisceaux pyramidaux croisés sont dégénérés dans la moelle, mais cette dégénérescence disparaît au niveau de la protubérance ; le faisceau cérébelleux direct et surtout le faisceau de Gowers sont touchés mais d'une façon peu intense. Les colonnes de Clarke sont atteintes, les cornes postérieurs sont normales, ainsi que les antérieures ; le canal de l'épendyme est obstrué. Les racines antérieures cervicales et dorsales sont normales ou presque. Les racines postérieures sont très touchées, les cervicales, plus malades que les dorsales, ne présentent plus que quelques fibres saines. Dans le bulbe on retrouve la même systématisation des dégénérescence que dans la moelle ; au pédoncule la dégénération du faisceau sensitif continue, celle du faisceau pyramidal croisé n'existe plus; à la protubérance tout est normal ; le cervelet ne présente aucune lésion.

La seconde observation, de l'aveu même de l'auteur, est moins typique. Cliniquement le malade a été d'abord observé par Klippel et Durante; Londe y voit un exemple d'Hérédo-ataxie, devenant, du fait même de l'évolution de la maladie, une maladie de Friedreich. L'examen microscopique montre des différences manifestes sur le cas précédent. La moelle est plus petite qu'à l'état normal ; les cordons de Goll et de Burdach sont dégénérés, mais d'une façon moins intense que dans le cas précédent; le faisceau cornu commissural est intact; *les faisceaux pyramidaux, sauf une très légère atteinte dans la région lombaire, sont normaux dans toute l'étendue de la moelle*; le faisceau cérébelleux direct est atteint, *le faisceau de Gowers est très atteint et beaucoup plus que dans le premier cas*; la zone marginale de Lissauer est presque intacte. *Le cordon antérieur présente une dégénérescence peu intense, mais occupant la presque totalité de ce cordon dans toute sa hauteur*, les colonnes de Clark sont atteintes ; les cornes postérieures sont diminuées de volume et moins riches en cellules; *les cornes antérieures présentent les mêmes lésions que les postérieures*. Bifide à sa partie inférieure, le canal de l'épendyme devient unique et s'oblitère à la partie supérieure de la moelle.— *Les [illegible] sont normales*. Le cervelet n'a pas été examiné. Il nous semble nécessaire de faire des réserves, sur ce cas, qui semble ne pas appartenir, de par la clinique et ses lésions, à la maladie de Friedreich.

Actes et Thèses de la Faculté, Enseignement libre.

(Voir à la page VI des ANNONCES).

REVUE DE PATHOLOGIE INTERNE

I. — Péricardite brightique ; par CHATIN. (*Revue de médecine*, juin 1900.)

I. — L'existence de la péricardite brightique ne fait plus de doute pour personne. Elle survient aux périodes terminales de la néphrite scléreuse atrophique, et comporte le plus grave pronostic. Mais son interprétation donne lieu à quelques discussions ; Bright, Lancereaux, Keraval et la plupart des auteurs, n'y voient qu'une manifestation toxique de la diathèse urémique sur le péricarde ; d'autres, au contraire, parmi lesquels Lecorché et Talamon, Bosc admettent que le plus souvent cette péricardite est d'origine microbienne, ainsi qu'en témoignent les recherches bactériologiques de Bosc et de Ménétrier. M. Merklen croit qu'il faut être éclectique ; mais que presque toujours cependant, la péricardite ressort d'une imprégnation du péricarde par les poisons urémiques. M. Chatin a eu l'occasion d'observer à Lyon trois faits nouveaux de péricardite urémique ; l'épanchement séro-fibrineux ne renfermait aucun microbe, pas plus que le sang d'ailleurs. De plus, il n'y avait pas d'hypertoxicité du sérum sanguin ou du liquide péricardite ; ce qui ne laisse pas que d'être embarrassant pour l'explication pathogénique de ces cas de péricardite. Il ne saurait cependant être question de péricardite infectieuse. Peut-être s'agit-il d'une intoxication que nous ne pouvons pas encore mettre en évidence, par l'expérimentation sur les animaux de laboratoire, plus ou moins réfractaires aux poisons urémiques humains.

II. — Cycles Albuminuria ; par SUTHERLAND. (*London Medical Publishing Company*, 1900.)

II. — Sutherland fait une étude exacte de cette affection. Les symptômes, avec leurs trompeuses variations, l'étiologie, le pronostic, le traitement sont successivement passés en revue. Il fait figurer un certain nombre de tableaux qui permettent de saisir d'un rapide coup d'œil l'influence des conditions de vie, de la situation, des heures de la journée, etc., sur la production et la durée de l'albuminurie. Après l'exposé des théories proposées pour expliquer la genèse de l'affection, M. Sutherland se livre à une critique très juste et très judicieuse des opinions. Il n'aboutit lui aussi qu'à des probabilités, mais le soin qu'il apporte dans sa discussion permet de limiter la question. C'est déjà un sensible progrès.

III. — Maladies du Cœur chez les enfants et les adolescents ; par CHAFMAN. (Londres, 1900, *Medical Publishing Company*.)

III. — Dans ce livre on trouve un exposé très complet des variétés les plus fréquemment rencontrées dans les affections cardiaques des enfants. Deux points y sont surtout traités avec soin : les causes et les conséquences au point de vue des ménagements à prendre avec l'éducation, les exercices physiques, etc. Les causes sont clairement indiquées dans les nombreuses observations qui remplissent la plus grande partie de l'ouvrage et qui sont complétées par des figures et des photographies. Au point de vue hygiénique, on peut remarquer quel soin il faut prendre pour habiller les enfants, quelle résidence on doit leur fixer, quel doit être leur régime alimentaire. Enfin il y a plusieurs pages consacrées à la discussion des exercices, des sports, des jeux qui peuvent être permis ou recommandés. On constate, une fois de plus, l'importance accordée à l'hygiène par les Anglo-Saxons.

IV — Perméabilité rénale et cryoscopie du sérum sanguin dans les néphrites parenchymateuses humaines et expérimentales, par MM. WIDAL et LESNÉ.

IV. — L'étude comparée de la cryoscopie du sérum sanguin et de l'imperméabilité rénale faite au cours de la néphrite parenchymateuse est intéressante au point de vue de la pathogénie de certains états urémiques. M. Bard a montré qu'au cours des néphrites parenchimateuses profondes, la perméabilité rénale au bleu de méthylène pouvait être conservée. Le fait a été confirmé par différents auteurs. L'un nous a rapporté un cas de néphrite syphilitique épithéliale avec conservation de la perméabilité au bleu. Le malade avait présenté cependant des symptômes d'intoxication urémique, tels que le rétrécissement des pupilles, dyspnée *sine materiâ*, attaque de coma, qui ne pouvaient être mis sur le compte d'accidents mécaniques ou de compressions œdémateuses. MM. Widal et Lesné ont observé depuis un malade, porteur d'une néphrite parenchymateuse chez lequel l'élimination de l'iodure de potassium et du bleu était normale. On constatait comme toute anomalie un prolongement de l'élimination du bleu pendant le quatrième jour sous forme de traces à peine apparentes. En dehors de la céphalée, ce malade n'avait présenté aucun symptôme d'intoxication urémique ; la cryoscopie de son sérum sanguin, faite par M. Bousquet, donnait cependant comme point de congélation — 1°,07 et accusait ainsi une rétention très considérable. En déterminant chez des animaux des lésions purement parenchymateuses du rein par injection d'acide chromique, on note, comme l'ont déjà vu Richter et Roth, un abaissement du point de congélation du sérum sanguin. Les expériences que, de leur côté, les auteurs ont faites sur sept lapins, montrent que dans ces condition le sérum sanguin peut varier entre — 0°,68 et — 0°,99. Ils ont fait plus et ont recherché ce que devenait, pendant ce temps, la perméabilité du rein de ces animaux pour le salicylate de soude et le bleu de méthylène. L'élimination de l'acide salicylique était normale. Le bleu apparaissait dans l'urine aussi rapidement qu'à l'état normal, on notait seulement une élimination prolongée sous forme de chromogène. Les urines fortement albumineuses et riches en cylindres granuleux étaient peu diminuées de volume. On notait en général une diminution des chlorures.

Les expériences que nous avons rapportées avec M. Sicard, nous avaient enseigné que le sérum des urémiques injecté dans le cerveau des lapins n'était pas plus toxique que le sérum des sujets normaux, et pourtant la clinique montre que les poisons de l'urémie doivent surtout impressionner les centres nerveux, mais on peut se demander si des poisons sensibles pour la cellule nerveuse de l'homme, le sont également pour la cellule nerveuse d'espèces telles que le lapin ou le cobaye. Les expériences suivantes plaident en faveur de cette hypothèse, et montrent qu'après rétention d'origine rénale, le sérum peut devenir toxique pour la cellule nerveuse d'un animal de même espèce ou d'espèce voisine. Le sérum de nos animaux intoxiqués par l'acide chromique était toxique par injection intra-cérébrale pour le cobaye à la dose de 1/10e et même de 1/20e de centimètre cube et pour le lapin à la dose d'un demi centimètre cube. Avant l'apparition de la lésion rénale, le sérum de ces animaux était inoffensif pour le cobaye, après injection intra-cérébrale d'un quart de centimètre cube et pour le lapin après injection intra-cérébrale d'un demi centimètre cube.

V. — Un cas d'angine de poitrine d'origine palustre : par A. GONZALÈS. (*Revista de Med. y cir. pract.*, n° 668.)

V. — Il s'agit d'un malade paludéen chez qui survinrent des crises violentes d'angine de poitrine, crises qui suivirent une périodicité nettement tierce et qui disparurent avec l'administration de la quinine. F. B.

VI. — Contribution à l'étude des lésions valvulaires du cœur développées sous l'influence du tabac ; par M. E... (du Caire).

VI. — L'auteur fait remarquer que, malgré que l'on soit encore peu porté à admettre l'existence des lésions organiques vraies du cœur, développées à la suite de l'abus du tabac, ses longues observations dans un pays où l'intoxication tabagique est à son maximum, l'ont amené à l'hypothèse suivante : l'intoxication nicotique peut amener des lésions organiques du cœur. Il cite trois observations à l'appui : dans le premier cas, il constate double souffle organique aortique, souffle systolique mitral, avec frémissement cataire, dilatation du cœur droit ; dans les deux autres cas, double lésion aortique. Les trois malades présentaient tous les symptômes d'une intoxication tabagique évidente. Comme cause des lésions cardiaques, rien de ce que l'on peut invoquer habituellement : ni syphilis, ni rhumatisme articulaire aigu, ni vieillesse, etc. (le plus âgé des trois avait trente-huit ans). La seule cause qui reste donc c'est l'abus excessif du tabac, dont les

trois malades inhalaient la fumée dans les poumons ; en conséquence intoxication tabagique. On sait, d'autre part, que les lésions valvulaires ne se développent pas seulement sous l'influence des germes infectieux, mais encore sous l'influence de poisons d'ordres multiples, témoins les endocardites et valvulites d'origine toxique : type par exemple, toxine tuberculeuse et sténose mitrale ; intoxications atténuées et répétées, sclérose par intoxication (Teissier, thèse de Paris sous l'inspiration du Pr Potain). Pourquoi les poisons d'origine végétale ne pourraient-ils pas produire les mêmes effets, surtout ceux qui portent principalement leur action sur le système vasculaire ? les observations de l'auteur le confirment dans cette hypothèse. Dans le courant de sa communication il énumère les dangers du narghilé que l'on est tenté généralement de considérer à tort comme très atténués et qui, en pratique, bien souvent le sont beaucoup moins qu'on ne le croit.

VII. — Importance des lésions hépatiques dans les cas de délire au cours des maladies infectieuses; par M. Maurice Faure (de Paris).

VII. — L'auteur a constaté, dans onze observations de malades, presque tous alcooliques, atteints de pneumonie ou de tuberculose avec délire et autres accidents mentaux, parfois très accentués, des altérations hépatiques constantes et très intenses, visibles macroscopiquement et microscopiquement, et consistant en dégénérescence graisseuse de la cellule, avec ou sans infiltration embryonnaire et formation scléreuse.

M. Faure pense que cette fréquence et cette intensité des lésions hépatiques n'est pas sans rapport avec les accidents mentaux.

Il me paraît vraisemblable d'admettre que l'alcoolisme et l'infection chronique amènent des altérations hépatiques, qui peuvent rester plus ou moins silencieuses, tant que le sujet conserve un état de santé uniforme. Mais s'il survient une maladie aiguë (pneumonie, par exemple), ou une poussée aiguë de l'infection chronique (bronchite, tuberculose), l'insuffisance du foie se montre par divers signes (urobilinurie, etc.) et aboutit à réaliser un état d'empoisonnement cérébral, dont le délire et certains troubles mentaux sont une manifestation.

Cette hypothèse est confirmée par la connaissance, déjà acquise, de la fréquence des altérations hépatiques chez les aliénés, en général, et particulièrement chez les délirants alcooliques. On sait que le délire alcoolique (*delirium tremens* par exemple) survient généralement à l'occasion d'une maladie infectieuse, même très minime (otite) et que, d'habitude, on trouve à l'autopsie le foie du sujet altéré.

Cette hypothèse n'est pas contredite par la présence, dans certains cas, d'altérations rénales. En effet, la lésion hépatique agit, à son avis, comme la lésion rénale, dans la genèse des troubles mentaux, c'est-à-dire que certains malades délirent, au cours des maladies aiguës, parce qu'ils ont le rein altéré, d'autres parce qu'ils ont le foie altéré, d'autres pour les deux raisons.

Il est évident que les lésions cérébrales chroniques (alcooliques et autres), les troubles de la circulation, l'élévation de la température, l'infection, et enfin la prédisposition héréditaire, agissent aussi comme génératrices du délire, mais l'action de ces causes est admise sans conteste. Il n'en est peut-être pas de même de l'influence des lésions hépatiques signalée déjà par Charrin, Kuppel, Lévi, et dont cette communication cherche de nouveau à mettre en valeur l'importance.

XIXe Congrès de Médecine tenu a Berlin. — M. le Dr Gluck (de Berlin) : *Sur le développement de la chirurgie pulmonaire.* Après une courte énumération des essais faits sur les animaux, le rapporteur a montré que non seulement l'excision et la résection d'un seul lobe pulmonaire, mais encore l'extirpation d'un poumon entier était possible; il s appuie sur les données de sa propre expérience. Il a opéré dans 14 cas, et 7 des patients avaient des abcès du poumon. On n'a pas eu un seul décès à constater ; plusieurs opérés ont été présentés.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Granulations basophiles des hématies; par MM. Sabrazès, Bourret et Marcel Léger (de Bordeaux).

Les auteurs font part des recherches expérimentales qu'ils poursuivent sur les granulations basophiles des globules rouges. En injectant des solutions d'acétate de plomb dans le péritoine du cobaye, on fait apparaître *très rapidement* dans le sang des hématies à granulations basophiles, en nombre progressivement croissant ; en injectant l'acétate de plomb sous la peau on obtient le même résultat, mais *moins marqué* ; les granulations, d'abord très petites et très nombreuses, deviennent plus volumineuses et moins nombreuses dans les globules qui en présentent, au fur et à mesure qu'on injecte plus de plomb.

MM. Sabrazès, Bourret et Léger ont réussi à provoquer à la longue, chez le pigeon, l'apparition dans quelques globules rouges (1 sur 50 environ) de gros grains basophiles à contours mal limités, en intoxiquant ces animaux par l'acétate de plomb à dose progressivement croissante. Les injections étaient faites dans la cavité péritonéale. Dans ces hématies granuleuses, le noyau volumineux et comme turgescent se colore moins vivement par le bleu de méthylène qu'à l'état normal ; le protoplasma est généralement polychromatique ; les granulations se présentent sous l'aspect de corpuscules irréguliers colorés en bleu sombre. Chez le cobaye, dans l'intoxication chronique par le plomb, ils ont constaté la présence, dans la circulation, d'hématies contenant des granulations basophiles, d'hématies polychromatiques et de globules rouges nucléés en grand nombre dont le protoplasma peut être lui-même parsemé de fines granulations basophiles.

L'injection dans le péritoine du cobaye de diverses substances toxiques ou non : eau distillée, acétate de thallium, carbonate de lithine, sulfate d'atropine, l'inhalation de nitrite d'amyle, de pyridine, de phényl-hydrazine, les suppurations suscitées par la térébenthine, les saignées répétées (sauf le cas de saignée à blanc), l'inanition, ne provoquent pas l'apparition dans le sang d'hématies à granulations basophiles ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on trouve dans les préparations de très rares hématies granuleuses. Les granulations basophiles des hématies, au cas d'intoxication saturnine expérimentale, dans les préparations de sang frais traité par une goutte de solution de *neutralroth* dans l'eau salée physiologique, se colorent faiblement en rouge brun et tendent, au même titre que les noyaux des normoblastes, à devenir excentriques et même à s'extérioriser hors du globule.

Chez le chat, le rat, la souris blanche, le lapin, la grenouille, l'intoxication par le plomb ne s'est pas traduite, dans ces expériences, par l'apparition d'hématies granuleuses comme chez le cobaye ; dans ces cas l'intoxication produit tout d'abord — entre autres modifications hématologiques, sur lesquelles les auteurs se réservent d'insister, — une augmentation du nombre des hématies polychromatophiles. Chez l'homme, MM. Sabrazès, Bourret et Léger ont rencontré des hématies à granulations basophiles dans le sang de la plupart des saturnins qu'ils ont examinés, *dans les cas aigus comme dans les cas chroniques, dans les cas les plus bénins* (avec légère diminution du taux de l'hémoglobine) *comme dans les cas graves* (avec anémie marquée). Dans un cas *d'intoxication mortelle par le sulfate de cuivre,* observé à ce point de vue, avec MM. Landes et Cabannes qui ont noté à l'autopsie des lésions dégénératives profondes des reins et du foie, le sang présentait, à la veille de la mort, de nombreuses hématies à granulations basophiles et un grand nombre de globules rouges nucléés ; parmi ces derniers, beaucoup contenaient dans leur protoplasma des granulations basophiles ; la formule hematologique était celle d'une anémie pernicieuse. L'intoxication mortelle du cobaye par le cuivre n'a pas fait apparaître dans le sang de ces animaux des hématies à granulations basophiles.

La recherche des hématies à granulations basophiles a été faite par MM Sabrazès, Bourret et Léger, chez un très grand nombre de malades atteints des affections les plus diverses (tuberculose, syphilis, cancer, néphrites, etc., etc.) ; ils n'ont rencontré des hématies à granulations basophiles que *chez les*

saturnins où leur nombre peut être très élevé, dans le cas d'anémie grave mentionné ci-dessus et dans deux cas de leucémie myélogène (chez ces deux derniers malades les hématies granuleuses étaient excessivement rares). On avait déjà signalé l'existence d'hématies contenant des granulations basophiles dans l'anémie pernicieuse de Biermer, dans l'anémie grave bothrio céphalique, dans l'anémie palustre, dans la cachexie cancéreuse *très avancée*, dans le saturnisme, etc. Antérieurement à ces recherches, on n'avait pas déterminé expérimentalement ces modifications morphologiques du sang en intoxiquant des animaux par le plomb, et on n'avait surtout pas montré *le rôle électif du plomb dans la production de ces phénomènes.*

MM. Sabrazès, Bourret et Léger, en faisant ingérer au cobaye du minium à petite dose, ont réussi à provoquer l'apparition, dans le sang circulant, d'hématies contenant des granulations basophiles. Les diverses voies de pénétration du plomb conduisent donc au même résultat hématologique, mais le phénomène est plus marqué et plus précoce après l'injection intra-péritonéale. Les fines et nombreuses granulations basophiles qui se montrent tout d'abord dans le protoplasma hémoglobinifère coexistent avec des modifications polychromatiques des hématies et avec des lésions de nécrose de quelques globules rouges (contours irréguliers, perte de l'hémoglobine, lacunes, vacuoles). Ultérieurement, des granulations basophiles plus volumineuses et plus clairsemées dans les globules rouges qui les contiennent, marchent de pair avec un état d'anémie et de nécrose globulaire plus marqué, avec une leucocytose, avec une augmentation du nombre des hématoblastes, et plus tard, tandis que le nombre des hématoblastes diminue, avec un afflux considérable de globules rouges nucléés ; parmi ces derniers, il en est qui présentent diverses altérations nucléaires (karyorrhexie, pyknose, karyolyse) ; beaucoup de globules rouges nucléés contiennent de fines granulations basophiles dans leur protoplasma polychromatique. Dans un travail de longue haleine, ces diverses expériences seront consignées, en détails, ainsi que les résultats d'une étude hématologique complète du saturnisme clinique et expérimental.

L'apparition dans le sang d'hématies contenant des granulations basophiles est considérée par les auteurs comme un trouble progressif dans le processus de transformation des globules rouges nucléés en hématies adultes dépourvues de noyau. Ces troubles dans la rénovation du sang se doublent de phénomènes de dégénérescence croissante des hématies et d'une diminution progressive du sang de l'hémoglobine.

Ces recherches expérimentales et cliniques conduisent MM. Sabrazès, Bourret et Léger à cette conclusion pratique, à savoir que la présence d'hématies contenant des granulations basophiles dans le sang circulant — abstraction faite de certains cas d'anémie pernicieuse ou très grave reconnaissables à des stigmates hématologiques qu'on ne rencontre pas *cliniquement* dans le saturnisme — permet de penser à l'existence d'une intoxication par le plomb.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement : DOUZE FRANCS. Ils pourront nous l'adresser par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste. Les mandats doivent être faits au nom du* **Progrès médical** *ou de* **M. Rouzaud**, *administrateur.*

Nous leur rappelons que la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 juillet.** *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

THÉRAPEUTIQUE

—

Le Neuro-Iodure.

D'une communication récente de M. le Dr Huchard à l'Académie de Médecine, 28 mai 1901, relative à la symptomalogie et au traitement des anévrysmes de l'aorte, nous extrayons le passage suivant : « Ce qu'il y a encore d'intéressant dans cette observation, c'est le résultat rapide du traitement sous l'influence de l'alimentation lactée et surtout de l'*iodure de potassium aux doses progressives de 3, 6, 8 grammes par jour, associées à 2 grammes de glycérophosphate de chaux* pour en assurer la tolérance ».

La constatation est loin d'être nouvelle, puisque dès 1895, M. Chapotot se basait sur cette singulière propriété des glycérophosphates, de neutraliser en quelque sorte les effets toxiques de l'iodure, pour réaliser cette association dans son *Neuro-Iodure*, et nous avons trop confiance dans l'esprit de justice de notre savant académicien pour ne pas croire à un simple oubli de sa part car, si l'on considère que cette association neuro-iodurée est réalisée justement dans les proportions indiquées par le Dr Huchard, puisqu'une cuiller à soupe dudit produit renferme 1 gramme d'iodure et 0 gr. 40 de glycérophosphate de chaux.

Quoiqu'il en soit, le fait est acquis ; un des meilleurs, sinon le meilleur mode d'administration de l'iodure, celui qui en assure le mieux la tolérance, qui met le plus sûrement à l'abri des accidents d'iodisme est le Neuro-Iodure, et c'est certainement à cette forme pharmaceutique que le Dr Martinet faisait allusion dans la *Presse Médicale* du 3 avril 1901, quand il écrivait à propos du mode d'administration de l'iodure « *on a introduit dans la pharmacopée la forme granulée et quelques-unes de ces préparations ont une réelle valeur.* »

Par quel mécanisme le Neuro-Iodure s'oppose-t-il aux accidents d'iodisme ? la réponse est difficile en l'état actuel de la pharmacodynamique. Le mécanisme est probablement complexe ; on peut, en tous cas, en dégager quelques éléments.

1° L'iodure employé pour la fabrication du *Neuro-Iodure* est d'une pureté parfaite, et l'on sait que les accidents d'iodisme sont imputables, au moins en partie, aux impuretés iode et iodates en particulier. (Martinet loco citato) ;

2° La forme granulée du produit lui assure une conservation parfaite et indéfinie et permet l'administration d'une préparation toujours identique à elle-même quant à sa pureté et quant à son titre, d'où la possibilité d'en doser exactement les effets ;

3° Enfin le glycérophosphate, par l'action tonique régulatrice, qu'il exerce sur le système nerveux, refrène en partie l'action vaso-dilatatrice excessive, hypérémiante, l'espèce de déséquilibre vasculaire que l'on trouve à l'origine de tous les phénomènes d'iodisme.

Si l'on ajoute à ces indications la simplicité de l'administration, puisque les deux drogues sont ingérées en une seule prise, la solubilité parfaite du produit qu'en rend l'absorption certaine, l'absence à peu près complète de cette saveur fade et persistante qui fait de la médication iodurée un véritable supplice pour bien des malades, l'action stimulante du glycérophosphate si utile à la plupart des déprimés, syphilitiques, entre autres, chez lesquels l'iodure est indiqué, on conviendra que peu d'associations sont plus heureuses et que peu de préparations réalisent ces qualités de produit quasi idéal, qui peuvent seules justifier l'emploi d'une spécialité.

Dr BAUMANN.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Cette Société se réunira, en séance ordinaire, le lundi 24 juin, à 4 heures précises, rue de Seine, 12. — *Ordre du jour :* 1° Rapport sur des travaux de M. Pilez : M. Legrain ; 2° Considérations sur le délire des a[illegible] dans la paralysie générale : M. Truelle ; 3° Communications diverses.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.



M. le Pr CHANTEMESSE,
Membre de l'Académie de Médecine.

M. le Pr A. CHANTEMESSE vient d'être élu membre de l'Académie de médecine, dans la section d'hygiène. Le *Progrès médical* adresse ses plus vives félicitations au nouvel académicien qui, toujours, a été un de ses plus distingués et fidèles collaborateurs.

Nous ne referons pas, à ce propos, la biographie du Pr Chantemesse, que nous avons déjà publiée dans ce journal, le 29 mai 1897, mais nous ne saurions résister au plaisir de résumer sa brillante carrière. Ayant tardivement commencé ses études médicales, car ses parents le destinaient au commerce, M. Chantemesse était externe des hôpitaux en 1877, interne en 1879, préparateur à l'Ecole des hautes études en 1881, médaille d'or en 1883, docteur en 1884, médecin des hôpitaux en 1885, auditeur au Comité consultatif d'hygiène en 1887, lauréat de l'Académie des Sciences en 1888, agrégé de la Faculté en 1889, chevalier de la Légion d'honneur en 1890, membre du Comité consultatif d'hygiène en 1892, inspecteur général adjoint des services sanitaires en 1893, professeur de pathologie expérimentale à la Faculté de Paris, en 1897; depuis, officier de la Légion d'honneur et, enfin, récemment, membre de l'Académie de médecine.

Pareille énumération rend superflu tout commentaire. Ajoutons que, malgré cette élévation rapide au premier rang du monde médical, M. Chantemesse est resté pour ses confrères, ses élèves et ses compatriotes du plateau central, l'homme simple, bienveillant et affable qu'ils ont toujours connu et qu'ils ont toujours affectionné. J. N.

L'ERREUR D'UNE INFIRMIÈRE. — On sait que M. Boucard a été chargé par le parquet d'instruire contre une infirmière de Lariboisière, Mlle Leulier, dont une erreur, commise au mois d'avril dernier, dans la préparation d'une médication prescrite, amena la mort de deux malades et compromit un moment la santé de trois autres. Jusqu'à ce jour, Mlle Leulier était seule inculpée. Mais à la suite du dépôt du rapport du Dr Thoinot, et notamment à la suite d'une confrontation entre Mlles Leulier et Gautier, surveillante de la salle où se sont déroulés les faits lamentables que nous venons de rappeler, M. Boucard a également inculpé cette dernière, la responsabilité devant remonter même jusqu'au directeur de Lariboisière, M. René Faure, pour avoir, tous les trois, « par négligence, maladresse, inattention ou inobservation des règlements », commis involontairement deux homicides et occasionné des blessures à trois malades. (*Le Temps* du 10 juin 1901.)

VARIA

Association générale des Médecins de France.

Le Conseil général de l'Association s'est réuni, sous la présidence de M. le Pr Lannelongue, le vendredi 7 juin, à 5 heures. Il rappelle à MM. les Présidents et Trésoriers des Sociétés unies que la loi du 1er avril 1898, sur les Sociétés de Secours Mutuels, dispense d'apposer un timbre de quittance sur les reçus de cotisations (art. 19). Il remercie M. le Dr Meusnier, président de la Société du Loir-et-Cher, du don de 200 fr. qu'il a fait à la Caisse des veuves et orphelins. Il vote un total de 1850 fr. en subventions réparties entre les Sociétés du Loir-et-Cher, du Morbihan, d'Alais (Gard), d'Ille-et-Vilaine, de Brignoles et Draguignan (Var), de Meurthe-et-Moselle et du Finistère.

M. le Président Lannelongue annonce qu'une Assemblée générale des délégués des Sociétés unies aura lieu le 10 novembre prochain, et rappelle à ces Sociétés qu'elles doivent, avant cette réunion, avoir statué et fait approuver par M. le Ministre de l'Intérieur, les modifications qu'il y a lieu d'apporter aux statuts. Les modifications essentielles à introduire dans ces statuts portent sur l'admission des femmes et sur la suppression de la limite d'âge, précédemment fixée pour l'entrée dans les Sociétés unies. L'Assemblée du 10 novembre aura pour but, alors, de rattacher définitivement les œuvres des Caisses Indemnité-Maladie et des Retraites à l'Association générale. Le Conseil est d'avis que, étant donné les modifications qu'on apporte en ce moment à la loi sur les accidents du travail, il y a lieu de suivre de bien près la discussion afin d'assurer le maintien des tarifs établis et acceptés par les Syndicats.

L'hygiène dans les chemins de fer.

M. le Ministre des Travaux publics vient d'adresser aux Compagnies de chemins de fer une circulaire où il leur recommande de prendre dès maintenant, dans les wagons, salles d'attente, etc., les mesures hygiéniques suivantes : 1° Enlever tous les tapis autres que ceux de linoléum, de caoutchouc ou autres substances susceptibles de lavage; 2° Interdire d'une manière absolue le balayage et le nettoyage à sec, aussi bien dans les voitures que dans les salles d'attente, salles de bagages, halls, etc.; 3° Enfin, en attendant leur remplacement par des étoffes susceptibles de lavage, recouvrir les dossiers et coussins de housses qui seront, à intervalles rapprochés, lessivées ou désinfectées à l'étuve.

M. Baudin rappelle aussi que les personnes visiblement ou notoirement atteintes de maladies contagieuses, pourront être exclues des compartiments affectés au public; les compartiments dans lesquels elles auront pris place seront dès l'arrivée, soumis à la désinfection. La circulaire insiste sur la difficulté de l'application de cette dernière mesure et le tact que les employés devront mettre le plus souvent en l'exécutant.

Les médecins dans les villes d'eaux.

Dans un grand nombre de villes d'eaux, il est mis à la disposition des médecins, dans l'établissement thermal même, un local qui leur permet de recevoir les malades à l'heure du traitement. L'administration a émis l'intention de prendre pour base du calcul de la patente des médecins, non seulement la valeur locative du cabinet où ils reçoivent leurs clients à leur domicile particulier, mais encore celle de ce local, quoiqu'il fasse partie de l'établissement thermal. Elle a soutenu en effet que ce cabinet sert également à l'exercice de leur profession et doit entrer en compte. Il en résultait une notable augmentation de patente. Les médecins ont protesté, et le Conseil d'Etat vient de leur donner raison en repoussant la prétention de l'administration et en décidant qu'ils ne sauraient être assujettis au droit proportionnel de patente à raison de l'usage de ce local. (*Le Temps* du 7 juin 1901.)

Les accidents.

Le Vélo donne la curieuse statisque suivante sur les accidents et leurs causes durant le mois d'avril.

Accidents causés par le cheval : 66 morts, 724 blessés. Total : 790. Le chemin de fer : 18 morts, 157 blessés. Total : 175.

La bicyclette : 2 morts, 65 blessés. Total : 67. L'automobile : 3 morts, 56 blessés. Total : 59.

Proportion d'accidents par mode de locomotion :

Morts : par le cheval, 74,16 0/0 ; par le chemin de fer, 20,22 0/0 ; par l'automobile, 3,37 0/0 ; par la biyclette, 2,25 0 0.

Blessés : par le cheval, 72,25 0/0 ; par le chemin de fer, 15,67 0/0 ; par la bicyclette, 6,49 0/0 ; par l'automobile, 5,59 0/0.

FORMULES

XXXVIII. — Contre l'érythème polymorphe d'origine intestinale.

Poudre de cannelle	0 gr. 20 centigr.
Huile de menthe poivrée. . .	āā
Huile d'Eucalyptus	une goutte

Pour une capsule n° 20, 4 à 6 capsules par jour. (Freund.)

NOUVELLES

CONCOURS DE CHIRURGIE DES HOPITAUX. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Michon et Savariaud.

DIPLOME D'INTERNE EN MÉDECINE. — Le Conseil municipal ayant été saisi d'une pétition demandant la création d'un diplôme d'interne des hôpitaux de Paris a renvoyé cette proposition, pour étude, à l'Administration.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes en pharmacie pour l'année* 1901-1902. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du concours de cette année, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements hospitaliers pour l'année 1901-1902, savoir : Pour MM. les internes de 2e, 3e et 4e années, le mardi 25 juin, à 2 heures ; pour MM. les internes de 1re année, le mercredi 26 juin, à 2 heures. MM. les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 23 juin 1901, à Vieux-Moulin, Cuise-Lamothe et Pierrefonds. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous : gare du Nord, où l'on prendra, à 7 h. 5, le train pour Vieux-Moulin. On sera rentré à Paris à 10 h. 16. Pour profiter de la réduction de 40 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la place au laboratoire de géologie, rue de Buffon, 61, avant samedi à 4 heures.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Le *Journal officiel* du 18 juin a publié un arrêté du Ministre de l'Instruction publique instituant agrégés près les Facultés de Médecine des Universités ci-après désignées les docteurs en médecine dont les noms suivent : *Université de Paris* : MM. Marion, Gosset, Auvray (chirurgie) ; MM. Demelin, Potocki (accouchements). — *Université de Bordeaux* : MM. Begouin et Anderodias (chirurgie). — *Université de Lille* : M. Lambret (chirurgie). — *Université de Lyon* : MM. Viclard et Tixier (chirurgie) ; M. Fabre (accouchements). — *Université de Montpellier* : M. Jeanbrau (chirurgie). — *Université de Nancy* : M. Michel (chirurgie). Ces agrégés entreront en service à partir du 1er novembre prochain et pour une période de neuf années.

CONCOURS DE CLINICAT. — La chaire de clinique ophtalmologique de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

MÉDAILLES D'HONNEUR. — Des médailles d'honneur ont été décernées, en récompense de leur courage et de leur dévouement au cours de différentes épidémies, aux personnes dont les noms suivent : MM. le Dr Gallet, médecin à Constantine (*médaille d'or*). Nouveau, interne en médecine à Bone (*médaille d'argent*). Hamdi, infirmier à l'ambulance de Ménaa (*médaille de bronze*).

POUR UNE DENT MALADE. — Un interne aux ambulances urbaines de la rue Caulaincourt, M. Jean-Marie de Calinels, souffrant d'une dent carriée qui lui laissait peu de répit, eut l'idée, hier, de goûter quelques instants de repos par l'emploi d'un anesthésique. Il s'étendit sur son lit et s'appliqua sur la bouche une compresse imbibée de chloroforme. Inquiet du long sommeil de l'interne, un infirmier pénétra dans la chambre, dans l'après-midi, M. de Calinels ne donnait plus signe de vie. Transporté à Lariboisière, malgré des soins énergiques, il est mort dans la soirée sans avoir repris connaissance. (*L'Aurore* du 5 juin 1901.)

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

30e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIII, N° 26. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 29 JUIN 1901.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Corps étrangers de l'œsophage ;

Par **BOURNEVILLE, LAURENS** et **DIONIS DU SÉJOUR.**

Nous avons eu l'occasion, en maintes circonstances, de rapporter des cas de corps étrangers introduits dans les voies aériennes chez les épileptiques, soit durant un accès, soit pendant les repas. Ces accidents sont dus à ce que certains malades mastiquent mal les aliments et les avalent gloutonnement, ou qu'ils ont l'habitude de conserver des corps étrangers dans leur bouche (1). Les deux cas suivants ont trait à des corps étrangers de l'extrémité supérieure de l'œsophage. Ils ont été communiqués à la Société anatomique dans sa séance du 10 décembre.

OBSERVATION I. — **Corps étranger de l'œsophage chez un idiot ; Hématémèses foudroyantes ; Mort.**

SOMMAIRE. — *Père alcoolique. Tante paternelle morte d'un abcès cérébral. — Une autre tante aliénée. — Trois frères morts jeunes de convulsions. — Dix neveux morts de méningite. — Un frère a eu des convulsions, un cousin a un pied bot.*

Mère, morte de tuberculose pulmonaire, alcoolique. — Un cousin criminel.

Notre malade : Convulsions à trois mois ; à 4 ans mordu par un chien et, à la suite, premier accès d'épilepsie. — Pendant six mois : un accès par jour, puis deux ou trois par jour jusqu'à 7 ans. — Rémission d'une année. — A 8 ans : nouveaux accès, modification du caractère qui devient irritable. — Affaiblissement de l'intelligence. Onanisme. — Accès de plus en plus fréquents. — Démence et déchéance progressives. — Intelligence nulle, parole difficile, trainante, nasillarde. — Mort causée par un corps étranger de l'extrémité inférieure du pharynx avec perforation et abcès rétro-pharyngien.

Mars... (Albert-Antoine), né à Asnières, le 7 juillet 1883, est entré dans le service le 1er mars 1899.

1900. 29 *oct.* — Le malade refuse toute nourriture. Il ne paraît éprouver aucune douleur, aucune gêne fonctionnelle et on met sur le compte de son caractère irritable et changeant ce refus brusque de s'alimenter. Un examen minutieux du malade ne donne aucun renseignement. Pas de toux, pas de dyspnée, les amygdales sont normales. — *Soir* : T. R. 39°,2.

30 *octobre*. — *Matin* : T. R. 38°,8. — *Soir* : T. R. 39°,2.

31 *octobre*. — On constate une légère dyspnée et une élévation de la température qui atteint 39°. A l'auscultation on trouve, dans le poumon droit, un foyer de broncho-pneumonie qui explique suffisamment la dyspnée et la fièvre. — *Soir* : T. R. 37°,2.

1er *novembre*. — La dyspnée est plus intense, les signes pulmonaires plus accusés. De plus, apparaissent quelques phénomènes méningitiques, ce qui est fréquent chez les déments épileptiques. — *Matin* : T. R. 37°. — *Soir* : T. R. 37°,1.

2 et 3. — La dyspnée continue. Le malade, très abattu, n'a pu prendre que du lait depuis le début des accidents. Il présente de l'inégalité pupillaire. L'examen des autres organes reste négatif. Le 2, T. R. 37°,3 *matin* et *soir*. — Le 3, T. R. 37°,1 et 37°,2. — Le 4, T. R. 37°,2 et 37°. — Le 5, T. R. 37°,2 et 37°,4. Cet état persiste jusqu'au 5 novembre, jour de la mort.

De l'**Autopsie** faite 27 heures après le décès, nous ne prenons que ce qui a trait à la cause de la mort.

COU. — Le *corps thyroïde*, mis à nu, présente un lobe droit volumineux, jaunâtre, laissant sourdre à la moindre pression quelques gouttes de *pus*. Son lobe gauche a l'aspect d'une poche à parois grisâtres, tomenteuses, friables, à fond rempli de *détritus putrilagineux*. De chaque côté du conduit laryngo-trachéal et particulièrement du côté gauche, le long du paquet vasculo-nerveux du cou, on aperçoit une *traînée purulente* ayant infiltré le tissu cellulaire. Nous sectionnons l'œsophage et la trachée le plus bas possible. L'*œsophage* apparaît rempli de pus. Attiré en avant avec le pharynx, on découvre une *fusée purulente* qui a cheminé dans le tissu cellulaire rétro-œsophagien. Le pus remonte en haut jusqu'à la base du crâne, descend en bas jusqu'à la première vertèbre dorsale. Sur les cotés, il s'étend le long des carotides, se fusionnant avec les trainées purulentes latérales signalées plus haut. Nous examinons d'abord avec soin l'état des vertèbres que nous trouvons intactes. Puis, nous enlevons le pharynx et l'œsophage avec le larynx et le corps thyroïde.

Par une coupe pratiquée suivant la ligne médiane de la face postérieure du pharynx et de l'œsophage, nous apercevons un *corps étranger volumineux*. (*Fig.* [illegible]). — C'est un os de forme prismatique triangulaire. Il est placé en arrière du chaton cricoïdien. Son grand axe est dirigé obliquement de gauche à droite et de haut en bas et mesure 3 c. 1/2. Son sommet est fixé à gauche dans la gouttière pharyngo-laryngée. La base,

(1) *Compte rendu de Bicêtre de 188[illegible], p. [illegible], et 1893, p. 15[illegible].*

rugueuse, mesure 2 centimètres dans son plus grand diamètre et un centimètre d'épaisseur. Elle a perforé la paroi du conduit pharyngo-œsophagien en deux points. Une perforation siège à droite de la ligne médiane postérieure, à un centimètre environ de cette ligne. L'autre perforation est plus en dehors; elle s'est faite sous le corps thyroïde que l'os a endommagé. La face postérieure de ce corps étranger est lisse et fait une saillie notable dans le conduit pharyngien.



Fig. 39. — C, corps étranger.

Son bord supérieur, légèrement concave, à concavité supérieure, se trouve au niveau de la partie moyenne du chaton cricoïdien. Son bord inférieur, rectiligne, oblique en bas et à droite est situé au-dessus d'une ligne passant par le bord inférieur du cricoïde, comme l'indique la tige métallique que nous avons placée à ce niveau. Le corps étranger est donc pharyngien, rétro-cricoïdien, car il n'empiète sur l'œsophage que dans une étendue de quelques millimètres (1).

En ce qui concerne le *corps étranger de l'œsophage*, nous notons, en première ligne, l'absence presque complète de troubles fonctionnels.

Chez notre malade, dément épileptique, la sensibilité générale était très obtuse, il n'y a rien de surprenant qu'il en ait été ainsi. Si, à cette absence de signes fonctionnels, on ajoute l'impossibilité où se trouvent les malades, comme les nôtres, de fournir des renseignements précis, on conçoit quelle peut être la difficulté du diagnostic en pareil cas. Nous tenons, ensuite, à faire remarquer que le corps étranger occupait une situation rétro-cricoïdienne. C'est, en effet, en arrière du chaton cricoïdien que s'arretent, comme le disent MM. Poulet et Bousquet et les classiques, les corps étrangers de l'extrémité supérieure des voies digestives. Il est très rare comme l'a rappelé à la Société anatomique M. P. Delbet, en 1895, que les corps étrangers se fixent à l'extrémité supérieure de l'œsophage.

(1) Présentation à la *Société anat.*, par M. Laurens.

Obs. II. — **Corps étranger de l'œsophage chez un idiot; Hématémèses foudroyantes; Mort.**

Sommaire. — *Père, fréquentes céphalalgies, éthylique. — Grand'mère paternelle, violentes migraines. — Cousin et cousine, débilité mentale. — Mère, convulsions, crises de nerfs, fièvre typhoïde grave. — Grand-père maternel, diabète. — Grand'mère maternelle très nerveuse, périodes d'amnésie. — Arrière-grand-père maternel, mort de congestion cérébrale. — Arrière-grand'mère maternelle, morte à sa 3e attaque de paralysie. — Bisaïeule aliénée. — Un cousin et une cousine, convulsions de l'enfance. — Deux frères, un demi-oncle et une demi-tante maternels, convulsions.*

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 6 ans.

Colères fréquentes, chute sur l'abdomen pendant la grossesse. Présentation de la face. — Accouchement difficile. — Asphyxie bleue. — Pas de convulsions. — Broncho-pneumonie à 7 mois. Diarrhée infantile à 13 mois. — Impétigo. — Rougeole. — Crises de diarrhée à 7 ans. — Broncho-pneumonie à 8 ans. — Idiotie complète. — Corps étranger de l'œsophage. — Hématémèses. — Mort.

Autopsie. — *Adhérences de la pie-mère à l'hémisphère droit. — Pas de dilatation du ventricule latéral. — Décortication de la pie-mère difficile sur l'hémisphère gauche. — Plaques circonscrites de méningo-encéphalite chronique. — Corps étranger de l'œsophage. — Persistance du trou de Botal.*

Meu... (Charles), né à Paris le 20 juin 1890, est entré dans le service le 25 septembre 1896. — *Enfant naturel.*

1900. 10 *avril.* — Meu... est amené à l'infirmerie pour des *hématémèses* abondantes. Le 9 avril à 5 heures du soir, il est vu par l'interne de garde qui prescrit quelques gouttes de laudanum et de la glace. — Aucun renseignement n'est fourni sur les phénomènes qui ont précédé les accidents. L'enfant a eu deux hématémèses hier soir et trois cette nuit. Le sang rendu est en quantité considérable, en caillots volumineux, ne présente en outre rien de particulier. Les selles examinées sont noirâtres, le mélœna abondant. L'enfant est exsangue, décoloré, l'état général est très mauvais. Pouls perceptible, incomptable, tachycardie, 140 contractions cardiaques à la minute. La percussion et l'auscultation thoraciques sont négatives. L'enfant ne manifeste aucune douleur et ne se plaint pas. L'examen du pharynx, de la bouche et du nez sont négatifs. Ventre souple, non ballonné. — *Soir* : 37°,5.

11 *avril.* — T. R. 36° le matin. Le malade est très pâle, immobile et ne se plaint pas. Il a eu trois nouvelles *hématémèses* sans qu'on puisse poser un diagnostic causal. Le sang rendu est rutilant et en caillots volumineux. Le malade succombe à 2 heures de l'après-midi au cours de sa troisième hématémèse.

L'Autopsie a été faite le 13 avril, 44 heures après le décès

Œsophage. — A l'ouverture de ce conduit, on trouve au niveau des 5 premiers anneaux de la trachée, une *esquille osseuse* courbe, fragment de côte de 3 centimètres de long, dont la convexité est tournée en bas et dont la pointe a perforé l'œsophage et fait issue par un orifice à bords nets, sur la paroi latérale gauche de l'œsophage, à 3 cent. 1/2 au-dessus de la bifurcation des bronches. La muqueuse qui répond aux deux faces est intacte, mais la portion qui répond au bord droit de l'œsophage et à la convexité de l'esquille présente une vaste ulcération d'un cent. 1/2 de long sur 0,00[illegible] de large. A ce niveau existe une petite parcelle osseuse détachée de la principale. (*Fig.* 40).

A un centimètre au-dessous, on note: 1° l'existence, à droite, d'une seconde ulcération semblable, répondant de même à la partie la plus convexe de l'esquille; 2° à gauche, d'une perforation plus petite répondant à la naissance de la bronche gauche. Les bords en sont nets, sans la moindre trace de suffusion sanguine. Au-dessous de cette perforation siège une ulcération profonde d'un centimètre carré environ, à bords irréguliers. Il semble que le corps étranger a d'abord donné

[illegible] perforation, et [illegible] il sont [illegible]

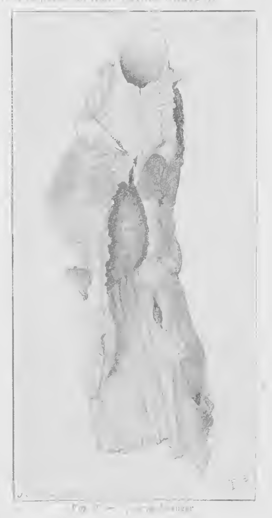


Fig. [illegible]

La mort a été [illegible] par des hémorragies abondantes, consécutives à une ulcération de l'œsophage produite par un *fragment d'os* arrêté dans ce conduit.

Les deux faits qui précèdent prouvent la nécessité d'un examen minutieux des aliments donnés aux enfants idiots et d'une surveillance très attentive pendant le repas. Malgré nos réclamations réitérées, nous n'avons jamais pu obtenir que les enfants idiots les plus invalides aient des aliments choisis en raison de leur état de santé.

(1) [illegible] par M. Dionis du Séjour.

Les [illegible] en Russie. — Le *Messager officiel* du [illegible] juin [illegible] 18 juin : 1° Que les étudiants [illegible] pour avoir participé à des désordres [illegible] service militaire à titre de [illegible] de ce service si, par [illegible] privilèges de la [illegible] les rendent [illegible] étudiants faisant [illegible] (*Le Temps* du [illegible] 1901).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire et nébulisations au moyen d'inhalations bactéricides et du bain hydro-électrique

Par le Dr **Antonio Maggiorani** (de Rome).

Il y a bien des années que je fais faire aux tuberculeux pulmonaires des inhalations, des nébulisations, des insufflations de poudres où l'iode figure comme le principal remède, vu qu'il est le plus grand destructeur du bacille tuberculaire, à condition qu'il soit mis presque en contact avec lui — c'est ce que la chirurgie nous a clairement démontré, — et que je fais faire des bains hydro-électriques.

Mais dans le traitement de la tuberculose, nous ne devons pas nous fier à un seul remède ; il faut recourir à un traitement systématique qui, après avoir enlevé aux bacilles leur virulence, puisse expulser les toxines, cicatriser les corrosions des bacilles et reconstituer l'organisme délabré par une maladie si grave et durant laquelle l'échange organique est absolument défectueux.

En 1896, j'ai eu des malades déclarés incurables par des collègues distingués, qui ont été guéris par les inhalations bactéricides et autres remèdes, et qui jouissent encore d'une bonne santé. J'en communiquai quelques-uns au Congrès de Médecine interne, tenu à Rome en 1896.

En voyant que les premières guérisons étaient durables, j'ai voulu répéter ce traitement l'année dernière au Grand Hôpital de Santo Spirito in Sassia, de Rome, et précisément dans les salles des tuberculeuses où, naturellement, comme dans tous les hôpitaux ordinaires, les conditions pour le traitement de cette maladie sont défavorables ; cet essai devait me prouver si l'on pouvait obtenir dans un hôpital, et surtout dans un hôpital de plaine, les mêmes résultats que j'avais recueillis en ville. Les faits n'ont pas déçu mon attente, et à présent j'ai plusieurs patientes guéries de la tuberculose, chez lesquelles on constate les traces des cicatrisations pulmonaires par un certain degré d'hypophonèse dans les parties qui étaient affectées et où se sont effectuées les cicatrisations, que le reste du poumon compense avec un léger surmenage. Je n'oserais pas les déclarer guéries, six mois après leur sortie de l'hôpital, si je n'avais pas d'autres sujets guéris et qui jouissent de la santé depuis quatre et même cinq ans. A présent, ces femmes remplissent le rôle de garde-malades ; je dois dire pourtant, que, lorsqu'elles avaient cessé d'être tuberculeuses et qu'elles étaient encore faibles, les toxines n'ayant pas encore été complètement éliminées, je les avais retirées de l'hôpital afin de les bien fortifier avant d'en faire des garde-malades.

Mon plan consiste à simplifier, avant tout, une maladie infectieuse, telle que la tuberculose pulmonaire, en enlevant aux bacilles leur virulence et en expulsant les toxines ; à cicatriser ensuite les lésions causées par cet être dévastateur qu'est le bacille de Koch, et enfin à renforcer l'organisme par le rétablissement de l'équilibre de l'échange qui est en perte chez les tuberculeux. J'ai pourvu au premier point par des inhalations anti bacillaires où domine l'iode, la formaldéhyde et la menthe, en y ajoutant du chloroforme comme bactéricide et comme sédatif, et pour enlever à la formaldéhyde sa propriété irritante sur la muqueuse : des insufflations de poudres iodiques pour les malades attaquées au larynx, et pour toutes les nébulisations d'eaux iodées. J'ai observé que celles d'entre mes patientes qui ont suivi régulièrement et avec persévérance le traitement, en inhalant l'air pendant quatre ou cinq heures par jour, à travers mon inhalateur qui ne cause aucune fatigue, présentent une diminution graduelle des bacilles dans les crachats, et j'ai vu ainsi diminuer tous les symptômes jusqu'à la disparition des bacilles, survenue dans quelques cas, après un mois ou quarante jours. Ces inhalations m'ont fourni un calme suffisant dans la respi-

ration, une sensation de bien-être comme celle que procure la gymnastique pulmonaire en séjour de montagne, et la mort des bacilles. Je dis la mort des bacilles, parce qu'ayant fait passer, pendant quelques heures les vapeurs de mon inhalateur à travers des crachats pleins de bacilles et cela durant quelques jours, les crachats n'ont subi aucune altération, et les ayant injectés dans des cobayes, ceux-ci n'en ont ressenti aucun détriment, si ce n'est une légère tuméfaction sur le point injecté, accompagnée d'un peu d'épaississement des tissus. En témoignage de quoi je conserve un de ces cobayes.

Les crachats, même après qu'ils sont complètement débarrassés des bacilles tuberculaires, continuent en petite quantité, mais ils favorisent l'expulsion des toxines ; c'est pourquoi il faut continuer les inhalations deux ou trois mois après que l'examen des crachats a donné un résultat négatif. De même pour les nébulisations des eaux iodées, au moyen desquelles l'on obtient la cicatrisation et le renforcement des cicatrisations des petites excavations tuberculeuses, et de celles aussi qui ont une certaine dimension.

Quant à la reconstitution de l'organisme, afin de ne pas fatiguer l'estomac, sur lequel j'ai toujours compté pour le rétablissement du sujet, j'ai employé le plus puissant reconstituant que possède la médecine physique, l'hydro-électrothérapie, et j'ai commencé par les fomentations électriques, dont j'ai fait 450 au Grand-Hôpital de S. Spirito, pour recourir ensuite au bain hydro-électrique, dont j'ai fait 500, avec des résultats surprenants.

En employant les moyens les plus accrédités d'observation clinique, j'ai pu constater qu'avec 20 ou 30 bains, pris tous les deux jours, de la durée de dix à douze minutes, dans de l'eau tiède, les tuberculeuses présentaient : *Augmentation* : de l'appétit — du poids du corps — des forces digestives — de l'hémoglobine — des forces musculaires — de la chaleur phériphérique — de l'acidité des urines — du poids spécifique des urines — du diamagnétisme du sang — du diamagnétisme des urines. *Diminution* : de la fréquence des pulsations du cœur — des respirations — de la sensibilité à la chaleur — de la sensibilité à la douleur — diminution et prompte cessation des formes dolorifiques rhumatismales et non rhumatismales — diminution et prompte cessation des sueurs nocturnes. *Correction* de l'asthénie génitale, lorsqu'elle existait. *Amélioration* de la force vitale chez les malades d'un âge avancé. Rétablissement normal du sommeil chez celles qui souffraient d'insomnie ; dans la plupart, régularisation des fonctions intestinales. Les fonctions utérines rétablies dans un cas, réglées dans les autres malades, en qui elles fonctionnaient mal. Répression du vomissement de la grossesse chez une malade à son quatrième mois — ce que j'avais déjà noté comme effet du bain hydro-électrique dans d'autres sujets. Enfin, renforcement du cœur chez toutes les malades.

On peut conclure de ces observations, faites avec une scrupuleuse exactitude, que le bain hydro-électrique, en activant dans la tuberculose pulmonaire toutes les fonctions animales et en rétablissant l'équilibre de l'échange organique, peut bien soutenir la comparaison de l'action combinée de la climatothérapie et de l'hydrothérapie des sanatoriums de montagne qui d'après les données les plus récentes, servent à réveiller et à stimuler toutes les fonctions organiques, tout comme avec le bain hydro-électrique. Il est clair qu'en accompagnant ce dernier d'inhalations bactéricides, nous aurons les sanatoriums de plaine et de colline ou de mi-côte, tout aussi bien qu'à domicile, un traitement vraiment rationnel de la tuberculose pulmonaire, avec des résultats très satisfaisants lorsqu'elle est conbattue à temps, comme c'est le cas pour toutes les maladies, qu'on ne peut traiter avec profit au delà d'un certain point; il ne faut donc pas attendre, dans la tuberculose pulmonaire, qu'elle ait dégénéré en discrasie tuberculaire pour la combattre.

J'appelle rationnel ce traitement de la tuberculose, parce que ce que je viens d'exposer est conforme aux exigences médicales ; mais je compte le démontrer absolument scientifique ailleurs, en me basant sur les observations expérimentales qui nous donnent la clef de la manière d'agir de l'iode, de la formaldéhyde, de la menthe, de l'air pur, du calme de l'esprit et du repos, dans la tuberculose pulmonaire : il ne s'agissait, en définitive, que de reconduire le sang et les humeurs à leur état physiologique de diamagnétisme, le diamagnétisme constituant la force de résistance de l'organisme qui s'oppose au développement des micro-organismes dans notre corps. Car j'ai observé que, dans la tuberculose et dans d'autres maladies infectieuses, le sang et les tumeurs perdent leur diamagnétisme physiologique au point de devenir paramagnétiques, et du paramagnétisme du sang à la mort il n'y a qu'un pas. Et j'ai également observé que l'électricité a la faculté de maintenir le diamagnétisme des humeurs, aussi bien *in vitro* que dans l'organisme ; qu'en dehors de l'électricité, il y a d'autres substances qui peuvent le maintenir : et l'iode, la quinine, la formaldéhyde, l'alcool, etc., figurent au premier rang de ces substances qui, en maintenant le diamagnétisme des tumeurs, en maintiennent les qualités vitales et les empêchent de s'altérer. Par conséquent, antisepticisme et diamagnétisme, semblent synonymes, attendu que dans un liquide animal physiologiquement diamagnétique et dans lequel l'électricité maintient ce diamagnétisme, qui représente la vie des humeurs, les bacilles pathogènes ne croissent pas : ils s'y trouvent dans un terrain stérile. Mais je ne veux pas infirmer les faits observés au sujet de la tuberculose pulmonaire par des observations absolument neuves et qui pourraient soulever la plus vive opposition. Ce que j'ai exposé ci-dessus reste donc pour moi bien établi :

Qu'avec des inhalations et des nébulisations antibacillaires on peut simplifier une maladie infectieuse, telle que la tuberculose pulmonaire, pourvu que l'on n'attende point la cachexie tuberculeuse pour suivre un traitement :

Qu'on peut expulser les toxines et réparer les dégâts causés par les bacilles, lorsque ces dégâts n'embrassent pas une telle étendue du poumon qu'elle ne puisse être compensée par l'hyper-fonctionnalité de la partie saine, par l'oxydation nécessaire du sang;

Que la tuberculose étant vaincue, le malade n'est pas guéri tant qu'on n'en aura pas reconstitué l'organisme en ramenant l'échange de l'état normal;

Qu'on peut arriver à ce résultat dans les sanatoriums à mi-côte aussi bien que dans les sanatoriums en plaine et aussi à domicile, en faisant usage d'un moyen qui remplace l'excitation des fonctions organiques donnée par l'air pur, frais, élastique des hautes montagnes, par l'excitation de l'électricité portée sur toute la surface du corps au moyen du bain hydro-électrique; ce moyen pouvant également être adopté en montagne, pour remplacer l'hydrothérapie, les frictions, le massage, vu que le bain hydro-électrique possède les mêmes propriétés, mais réunies, condensées en une seule operation.

Il faudra néanmoins donner toujours la préférence au traitement suivi dans un sanatorium de colline ou de mi-côte, au traitement à domicile, et cela pour une foule de raisons que tout le monde connaît.

Et c'est à Paris que j'ai du à la bienveillance de ce charmant homme, M. le D[r] Letulle, de pouvoir, à l'hopital Boucicaut, faire connaitre à mes collègues le traitement par lequel j'ai obtenu à Rome de très bons résultats.

Greve d'internes. — On nous écrit de Limoges : Les huit internes chargés du service médical de l'hôpital mixte de Limoges sont en grève. Depuis longtemps ils se plaignaient « de l'insuffisance et de la mauvaise qualité de la nourriture qui leur était servie, ainsi que du manque d'egards dont on faisait preuve envers eux ». Voyant que leurs plaintes n'étaient pas écoutées, les internes sont partis, en avertissant qu'ils ne rentreraient que le jour où l'on ferait droit à leurs réclamations. (*Le Temps* du 24 juin 1901).

L'abonnement au Progrès Médical est de 12 fr. par an, pour la France et l'Etranger.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs, que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc., etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à* **M. A. ROUZAUD.**

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du droit de vie et de mort en cas d'accouchement difficile.

La question du *jus vitæ neci que*, joue un rôle très important soit au point de vue scientifique, soit au point de vue humain ou social ; chez les Romains, cette habitude, barbare pour ainsi dire, existait, et le pater familias avait seul le droit du *jus vitæ neci que* sur tous les membres de la famille ; mais à mesure que la civilisation progressait, ce droit paternel disparaissait, et sous le temps de Constantin, la constitution punissait comme parricide le père qui était meurtrier de son fils ; de nos jours, les lois protègent ce dernier. Néanmoins certains pères se croient le droit de choisir entre la vie de l'enfant et celle de la mère ; combien de fois nous avons entendu (malheureusement) dans la clientèle privée ces mots désespérés : « Monsieur le Docteur, sauvez la mère ». Eh bien ! Pourquoi ce cri de l'homme, demandant à sacrifier le second pour conserver la mère ? Parce que l'homme, se croyant dominé par un sentiment soi-disant élevé, se fait l'exécuteur des hautes œuvres de son enfant, alors qu'il est incompétent et mal renseigné. Oh ! je sais que la majorité des accoucheurs trouvera à redire, mais devant les évidences on doit s'incliner. Il en résulte donc, de ce qui précède, que le père n'a aucun droit sur le sort de son enfant *in utero*, et que s'il croit avoir ce droit, c'est qu'il a en vue le salut de la mère.

En ce qui concerne la mère, nous déclarons dès le commencement qu'elle n'a aucun droit et si ce droit existe, il est très discuté. Nægele et Cazeaux, ces deux éminents maîtres de l'obstétrique, répondent affirmativement, mais L.-G. Hubert répond négativement. Quels sont donc les arguments fournis par les premiers et qui font croire à ses adeptes, que la mère a voix sur le *jus vitæ neci que?* C'est la conservation de l'être, c'est-à-dire l'existence, la vie : Il est évident que la mère se trouve en présence d'une sorte de légitime défense, par conséquent, cette dernière, placée en face du péril imminent et quelquefois considérable, se voit obligée d'user de moyens dont la science dispose pour sauvegarder sa propre personne ; mais la question suivante doit se poser: Est-ce que cette légitime défense est *juste?* A notre avis, nous nous voyons obligé de répondre par le négatif. En effet, que peut-il, le fœtus, ou plutôt est-ce que ce dernier est coupable ou responsable des dangers qu'il occasionne à sa mère ? Il n'a nullement conscience de ses actes, ainsi qu'un fou qui fait une agression quelconque : Celui-ci non plus n'est responsable de rien, puisque ses facultés mentales lui font défaut ; mais telle n'était pas l'opinion de Nægele et de Cazeaux, surtout du premier qui a fait l'axiome suivant : *Mater sola discernendi jus habet, nec ulla in terris potestas jure eam cogere potest, ut de vita dimicet ;* donc d'après Nægele la mère seulement a droit, tandis que Cazeaux donne ce droit aussi au père. L.-G. Hubert est de l'avis contraire de ses prédécesseurs ; mais à qui donc appartient ce droit ? Est-ce à l'accoucheur ? Voyons un peu.

D'après Nægele l'accoucheur, dans certaines circonstances, a le droit d'intervenir au détriment de l'enfant pour sauver la mère ; Cazeaux est également du même avis et nous trouvons dans le bulletin de l'Académie la mention suivante pag. 381 : « *puisque*, dit-il, *nous avons démontré que la loi suprême, la loi inhérente à tout notre être : l'instinct de la conservation, en un mot loi antérieure et supérieure à toutes les conventions sociales et religieuses; légitime quand il ne blesse en rien les intérêts de la société, tout effort pour son propre salut, je crois pouvoir conclure que la femme, et par conséquent le médecin, peuvent sacrifier la vie de l'enfant toutes les fois que très probablement elle est incompatible avec celle de la mère.* » Nægele aussi dit : « *les droits de la mère et de l'enfant non encore né ne sont pas égaux ; en cas de conflit, ceux de la mère, dans l'exercice de sa défense, doivent l'emporter sur ceux du fœtus.* » Nous pouvons ajouter, que même de nos jours, partout où cette question a été agitée, l'opinion dominante est, qu'un fœtus, à terme, n'a pas la même valeur que sa mère, ce n'est qu'un *devenir*, et même certains accoucheurs ont poussé l'iniquité de prétendre que la vie de la mère, au point de vue social et économique, était égale au moins à trois fœtus à terme, et dans la clientèle privée on constate la même chose. Le fœticide est le résultat de la vigueur, de la situation sociale, de l'état de primarité ou de la multiparité, de l'entourage familial, etc., etc., etc. Il résulte donc de ce qui précède que, pour beaucoup d'accoucheurs, le médecin possède par l'exercice de sa profession, le *jus vitæ neci que*, en d'autres mots il est libre et indépendant de faire telle ou telle chose, bref, seul arbitre en pareille situation ; mais si le médecin est libre arbitre dans ses fonctions, il est aussi responsable de ses actes ; le médecin, en effet, est libre arbitre et peut faire tout ce qu'il veut, à condition de ne nuire à personne, or, dans le cas dont nous nous occupons, il ne peut exercer sa liberté entière qu'en nuisant et portant atteinte à la vie du fœtus vivant ; donc première conclusion : le médecin n'est pas tout à fait libre, attendu que l'acte qu'il commet, la céphalotripsie et ensuite la basiotripsie, est nuisible, soit au point de vue humain, soit au point de vue scientifique ou social, par conséquent responsable, et en parlant au point de vue médico-légal il commet un *fœticide*. Mais, me dira-t-on, c'est pour sauver la mère qu'on doit faire l'embryotomie ; en est-on bien sûr, qu'en sacrifiant l'enfant on va sauver la mère ? Et pour toute autre réponse, nous nous contentons de citer le tableau suivant, et ceci à l'appui de notre assertion :

Auteurs.	Nombre des cas	Femmes mortes	Proportion.	Enfants morts	Proportion.
Léopold.	76	7	9,21 0/0	5	6,58 0/0
Reynolds	22	0	0	0	0
Pasquali.	9	1	11,11 0/0	?	?
Olshausen	29	2	6,89 0/0	3	10,34 0/0
Zweifel.	14	0	0	1	7,14 0/0
Charles	10	0	0	0	0
Bar	10	1	10 0/0	0	0

Ce tableau est dû à Bar, de Paris, et nous prouve combien *l'opération césarienne conservatrice* est préférable à l'embryotomie ; peut-être on nous objectera

que ces exemples sont choisis, et dans bon nombre de circonstances l'embryotomie a été pratiquée ; je n'en conteste pas le fait, mais à ce dire nous opposons la statistique du Pr Pinard qui nous montre manifestement et intégralement que la thérapeutique de viciations pelviennes est essentiellement conservatrice.

Sur 100 femmes symphyséotomisées, 88 ont guéri et 12 sont mortes.

Revenons un peu sur la liberté individuelle du médecin ; autant que toute autre personne, je suis partisan de la liberté de chacun et je la respecte ; or, nous avons dit plus haut que chacun est libre d'agir comme il veut, par conséquent responsable de ses actes et la responsabilité n'est autre chose que le double rapport de la volonté à ces déterminations et de ces déterminations aux effets qu'elles entraînent pour leur auteur.

Ceci posé, on nous demandera : que faut-il faire en pareil cas? Ici les accoucheurs se sont déchotomisés ; les uns font l'application du forceps au détroit supérieur, les autres, l'accouchement provoqué; mais n'hésitons pas à proclamer, quoique d'une expérience restreinte, que ces moyens dont les résultats sont supérieurs à ceux obtenus par les précédents, ne représentent ni l'idéal scientifique, non plus l'idéal moral ; l'un donne trop de morts et de blessés, l'autre, comme l'a dit si justement le Pr Pinard, « trop de débiles, de prématurés inaptes à vivre, sans compter également les morts. » L'impuissance donc de la science persistait et le moral était toujours le même, car nous n'avons pas plus le droit de provoquer des infirmités, que de provoquer la mort, et les accoucheurs, angoissants, restaient les mêmes, lorsqu'ils se trouvaient en présence d'un rétrécissement du bassin. Enfin, surgissent les découvertes de Lister et de Pasteur dont les résultats bienfaisants ne furent pas moindres en obstétrique qu'en chirurgie et la mortalité est devenue une exception dans les accouchements artificiels ; mais l'idée dominante, prépondérante dans l'obstétrique opératoire doit être celle-ci, *essentiellement conservatrice*, seulement on se trouve en présence d'un obstacle, *on ne doit jamais faire une opération quelconque sur une parturiente qu'avec son consentement.* Le pater familias n'existant plus, nous nous trouvons en face du célèbre aphorisme de Nægele *mater sola*, etc. Eh bien! Que ce soit dit une fois pour toujours, cet aphorisme doit être proscrit, car sa fausse légalité morale devient de plus en plus éclatante et sa disparition doit être un fait accompli, je ne saurai assez protester contre cette assertion et n'admets d'aucune manière son bien-être. son fondement : que ce soit entendu, la mère n'a aucun droit sur le sort de son enfant pendant qu'il est *in utero*. Mais, avant d'en conclure, il est de la nécessité de mon sujet de démontrer d'une façon bien claire et bien précise si la parturiente peut refuser une opération qui seule peut amener l'extraction de son enfant vivant, invoquant le danger qu'elle court et prétextant qu'en tuant son enfant elle risque moins pour sa vie. Si on répond par l'affirmative alors on donne le droit à la parturiente d'interrompre sa grossesse lorsqu'il lui plaira, en d'autres mots le droit à l'avortement, à la castration, de ne plus cohabiter avec son mari, parce qu'elle invoquera toujours le danger qu'elle risque lorsqu'elle accouchera ; ceci mène au divorce fragmenté, ou pour mieux dire à la disparition de l'espèce. Alors comment faut-il agir? Un seul moyen, selon notre idée, reste, c'est l'anesthésie.

Quant à ce que certains accoucheurs prétendent, qu'avant de faire une opération sur la parturiente, il faut lui expliquer ce qu'on va lui faire, je le trouve absurde et insensé ! Alors pourquoi ne pas lui faire un cours de médecine opératoire ? En agissant de la sorte (ceux qui admettent cette façon d'agir) ne font autre chose que de faire naître une psychose anté-opératoire et exposent ainsi la parturiente à des troubles mentaux ajoutés aux angoisses et aux affres de la terreur de cette malheureuse.

Et maintenant, je me résume :

Le père n'a aucun droit sur son enfant *in utero*. La mère également. L'accoucheur non plus. L'enfant a droit à sa vie qu'aucune puissance humaine ne peut lui ravir. Le médecin a mission de sauver les enfants. Seul l'accoucheur a le droit de choisir l'opération, seulement il doit rester médecin dans la plus stricte signification du mot, c'est-à-dire son devoir exige de conserver la vie chez les êtres qui se confient entre ses mains ou qui lui sont confiés. Sacrifier l'enfant pour sauver la mère est une légende qui doit disparaître.

Dr C. ZALACKAS,
Ancien Interne des Hopitaux d'Oran.

Le *Progrès médical* est une tribune libre où toutes les idées peuvent être émises et défendues; aussi sommes-nous les premiers à reconnaître l'intérêt des arguments de M. Zalackas, qui voit avant tout l'avenir de la race. Cette considération est puissante en un temps où il n'est question chez nous que de dépopulation. Mais, il est une raison devant laquelle toute considération sociale, religieuse, politique doit céder, c'est la raison humanitaire et nous soutiendrons toujours qu'un accoucheur ne doit jamais pratiquer une intervention sans l'assentiment de la parturiente. Son devoir est de l'éclairer sur les conséquences probables de l'intervention, de la convaincre de son utilité, mais quand la malade refuse consciemment, quels que soient les dangers que court l'enfant, l'accoucheur doit s'abstenir. Ce sujet a fait jadis répandre des flots d'encre théologique ; nous ne croyons pas qu'il doive suffire de transmuter les arguments religieux en raisons sociales pour modifier notre opinion. D'ailleurs la question a sérieusement été examinée au point de vue juridique par le Comité consultatif de l'administration de l'Assistance publique de Paris; personne ne mettra en doute la haute valeur morale et la science de ses juristes. Sur un rapport de M. Bétolaud, consulté dans sa séance du 21 décembre 1899, sur la question suivante :

« *Quelle attitude doit tenir un accoucheur en présence du refus de la parturiente, soignée dans un hopital, de se laisser opérer ou de ne se laisser opérer que dans des conditions déterminées ?* » Le Comité a répondu :

1° Que si la parturiente, soignée dans un hôpital,

agissant dans sa pleine liberté d'esprit, refuse de se laisser opérer, l'accoucheur, après lui avoir fait toutes les représentations nécessaires, doit s'incliner devant sa volonté nettement exprimée;

2° Que, si elle ne consent à se laisser opérer que dans des conditions déterminées, l'accoucheur doit encore s'incliner, à moins que les conditions soient inacceptables en elles-mêmes ou contraires aux règles de l'art et de nature à rendre l'opération plus dangereuse qu'utile, cas auquel l'accoucheur doit s'abstenir;

3° Que, cependant, il peut se présenter tel cas exceptionnel, où, à raison de ce que, par suite de l'état habituel ou accidentel de la parturiente, elle ne peut pas être considérée comme ayant son libre arbitre, et que, devant la nécessité évidente d'une opération, après avoir, si c'est possible, pris l'avis du mari, ou, à son défaut, des proches parents, l'accoucheur doit agir d'autorité sous sa responsabilité morale. Que, en pareil cas, sa responsabilité matérielle ne peut être engagée, soit au point de vue pénal, soit au point de vue civil, que s'il est reconnu, en fait, qu'il y a eu abus manifeste de sa part ou qu'il ne s'est pas conformé aux règles certaines de son art.

Cet avis, appuyé sur des considérants où le Comité insiste sur la sauvegarde de la liberté individuelle, sera encore longtemps, nous l'espérons, la seule règle de conduite de nos accoucheurs et de nos chirurgiens et nous croyons, qu'en France, le procès est définitivement jugé. J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 juin 1901.

La pression sanguine des neurasthéniques.

M. M. de Fleury, par une série de graphiques très intéressants, démontre qu'en étudiant au jour le jour les variations de la force dynamométrique, de la pression sanguine, du pouls périphérique, de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine chez les neurasthéniques, on constate qu'ils ne sont pas tous de simples déprimés. Les uns, véritables épuisés du système nerveux, ont de l'hypotension artérielle, et la courbe de leurs énergies vitales se relève, à mesure qu'ils s'améliorent sous l'influence du traitement tonique. Les autres, neurasthéniques à hypertension, sont des intoxiqués, chez qui l'encrassement des centres nerveux détermine des symptômes qui, au premier abord, ressemblent, à s'y méprendre, à ceux de la dépression pure et simple, par le surmenage et son intoxication. Ces intoxiqués (uricémiques, goutteux, demi-alcooliques, diabétiques, etc.) guérissent, non point par la médication tonique et le repos, mais par tout ce qui élimine, exercices physiques, régime lacto-végétarien, diurétiques, etc. A chacun de ces deux types de malades correspond donc une thérapeutique tout à fait différente, et cela nous donne la clef d'un très grand nombre d'insuccès. On les évitera en recueillant soigneusement, chez tous ces malades, ces tracés qui renseignent, non seulement sur la direction générale à donner au traitement, mais encore sur l'état du malade au jour le jour.

Elections.

Election d'un titulaire dans la section de pathologie médicale. — Les candidats présentés étaient : en 1re ligne, M. Troisier; en 2e ligne, M. Chauffard; en 3e ligne, M. Marie; en 4e ligne, MM. Ballet, Brissaud, Gaucher. M. Troisier a été élu à la belle majorité de 70 suffrages contre 1 à M. Chauffard, 1 à M. Marie, 1 à M. Brissaud, et un bulletin nul, sur 74 votants.

Election de deux correspondants nationaux (1re division). — Les candidats présentés étaient : en 1re ligne, M. Livon (de Marseille); en 2e ligne, M. Motais (d'Angers); en 3e ligne, MM. Gillis (de Montpellier), Mireur (de Marseille), Perrin (de Marseille) et Tourneux (de Toulouse). M. Livon a obtenu 48 suffrages; M. Motais, 36; M. Perrin, 20; M. Tourneux, 2; M. Mireur, 1; il y a eu 1 bulletin blanc. MM. Livon et Motais sont élus.

Election d'un associé national. — Les candidats présentés étaient : en 1re ligne, M. Galtier (de Lyon); en 2e ligne, MM. Puech (de Lyon) et Signol (de Villiers). M. Galtier a été élu par 56 suffrages contre 2 à M. Signol et 1 bulletin blanc sur 59 votants. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 juin 1901. — Présidence de M. Reclus.

Traitement du prolapsus du rectum.

M. Delbet fait un rapport sur un nouveau procédé de traitement du prolapsus du rectum, appliqué deux fois par M. Suvara; dans un premier temps il résèque la muqueuse rectale tout comme l'a préconisé récemment M. Delorme; dans un deuxième temps, il fait des plicatures à la paroi musculaire du rectum, et, par plusieurs anses de fil, il réunit ces rangs de plicatures l'un à l'autre. Cette opération a été, actuellement, pratiquée sept fois, avec deux décès, dus au relâchement des sutures; c'est là que réside, pour M. Delbet, le danger du procédé.

M. Quénu a pratiqué, il y a trois ou quatre ans, une rectococcygénie, chez un malade qu'il a vu deux ans après, et la guérison s'était parfaitement maintenue. M. Quénu pense qu'il est bon de compléter la fixation postérieure par une fixation latérale.

M. Tuffier a exécuté une fois, avec succès, l'opération de Delorme.

Réduction sanglante des fractures.

M. Tuffier, à l'occasion de la dernière communication de M. Delanglade, annonce qu'il a fait construire, pour son service, une table présentant des ouvertures qui permettent de radiographier les fractures, au moment même où on les réduit; si la réduction est impossible, il n'hésite pas à pratiquer une intervention sanglante, suivant les règles qu'il a exposées, à moins qu'au point de vue fonctionnel, une réduction parfaite soit inutile.

Tumeurs osseuses de l'aine.

M. Lejars a observé, chez un tabétique, une tumeur osseuse occupant le triangle de Scarpa, apparue deux ans auparavant à l'occasion d'une chute. L'intervention permit de constater que l'ostéome s'était développé dans le psoas; M. Lejars a enlevé, chez un autre malade, une tumeur analogue, occupant la région préconale et, là encore, le néoplasme avait pris naissance dans le psoas à la suite d'un traumatisme.

Tétanos post-opératoire.

M. Rochard fait observer que le cas de tétanos survenu dans le service de M. Reynier, malgré les injections préventives de sérum, est de nature à diminuer la confiance que nous avions dans l'efficacité de cette médication. Quant aux injections intra-cérébrales, M. Rochard les a employées dans un cas, sans résultat, et il pense qu'il ne faut pas attribuer une grande valeur à la méthode. Schwartz.

REVUE DE CHIRURGIE

I. — Dix-sept cas de chirurgie de l'estomac ; par J. Pantaloni (de Marseille). In *Archives provinciales de chirurgie.* (Institut international de bibliographie scientifique, 93, Boulevard Saint-Germain, Paris.)

I. — L'auteur a pratiqué quinze gastro-entérostomies, une pylorectomie et une gastrectomie, dont il donne les observations avec détail. Les quinze gastro-entérostomies ont été faites par le procédé rétrocolique postérieur en Y de Roux ; elles ont donné une mort. Il s'agissait deux fois de sténose fibreuse et de gastrite chronique, avec dilatation d'estomac, trois fois de sténose cancéreuse du pylore, une fois de dyspepsie nerveuse avec spasme pylorique (ici le bénéfice de l'opération a été nul) ; une fois de dilatation de l'estomac avec stase alimentaire et anachlorhydrie, sept fois d'un ulcère calleux prépylorique ou du duodénum. La pylorectomie faite pour cancer par le procédé de Kocher a été suivie de guérison. La gastrectomie pour un cancer du corps a été également suivie de guérison opératoire. L'auteur fait suivre ses observations de quelques remarques intéressantes, d'ordre technique.

II. — Six cas de colpohystéro-salpyngo-ovariectomie avec extirpation des ligaments larges; par Nicoletis (de Nice). *Archives provinciales de chirurgie*, 1899. (Institut bibliographique international, 93, Boulevard Saint-Germain, Paris.)

II. — L'auteur commence par rapporter ses six observations, puis expose une technique très banale qu'il qualifie de nouveau procédé. Il part de cette notion fausse que, jusqu'ici, les chirurgiens se sont bornés à enlever l'utérus sans les annexes et les ligaments larges. Or, il y a bien longtemps déjà que Doyen a opposé son procédé de castration vaginale totale à la castration utérine de Péan. Quant à la technique de l'auteur, elle est tout à fait vulgaire. C'est un dégagement monofragmentaire en antéversion connue sous le nom de manœuvre de Sauter, Czerny, Fritsch, et que Doyen avait eu pour but de faciliter par son hémisection médiane, ayant avec raison reconnu que la technique ancienne était pénible. Enfin, l'auteur a l'idée singulière de faire la section médiane de Quénu et Müller, du fond de l'utérus vers le col, lorsque l'organe est déjà complètement dégagé. Les figures de ce mémoire démontrent qu'il s'agissait de cas faciles et d'utérus petits. D'ailleurs, sur 6 cas, on relève 2 cas de métrite. Il est dit plus loin que l'hystérectomie abdominale est « une opération redoutable et d'une exceptionnelle gravité ». Evidemment, l'auteur n'est pas bien au courant de la gynécologie opératoire ancienne ou récente, et on lit en note avec effroi que les pinces sont enlevées vingt-huit heures après l'opération ! ! !

III. — Pathologie et thérapeutique spéciales. XVe volume, 3e partie, 1re moitié. *Maladie des vaisseaux*, par le Pr P.-L. de Schrœtter. 1re moitié : *maladie des artères*, avec 55 figures; par Hermann Nothnagel. Vienne, 1899. (Alfred Holder, 1, Rothenthurstrasse, 15, Vienne.

III. — Dans cet ouvrage de trois cents pages, l'auteur étudie successivement les anomalies des artères, leur hypertrophie, leur inflammation sous ses différentes formes (artérite oblitérante de Friedlander, endartérite oblitérante de Winiwarther, endartérite hyperplasique de Billroth, l'endartérite productive de Orth, la piriartérite noueuse). Ces artérites sont envisagées au point de vue clinique, anatomo-pathologique, de la fréquence, de l'étiologie, du diagnostic et du traitement.

Un autre chapitre est consacré à l'artério-sclérose, considérée au point de vue pathogénique, anatomo-pathologique, âge, sexe, symptômes, diagnostic, pronostic et traitement.

Le troisième chapitre concerne la tuberculose ; le quatrième, la syphilis des vaisseaux ; le sixième, la dilatation des artères, l'anévrysme par élongation de Thoma, l'anévrysme crisoïde, l'anévrysme par traction de Thoma, l'anévrysme congenital d'Eppinger, l'anévrysme végétant embolique, l'anévrysme vermineux du cheval, l'anévrysme par érosion ou anévrysme hernieux végétant, l anévrysme vulgaire, simple, spontané, par rupture.

Le septième chapitre étudie l'anévrysme de l'aorte, de l'artère pulmonaire, de l'aorte abdominale, des branches de l'artère abdominale. Conséquences et complications des anévrysmes, pronostic des anévrysmes, traitement des anévrysmes.

De très bonnes figures histologiques accompagnent le texte et donnent à l'ouvrage un haut intérêt scientifique.

L. Longuet.

IV. — Contributions à la connaissance des « ganglions » (Kystes Synoviaux); par H. Ernberg (*Nordeskt. Medicus (Arkiv)*, 1900.

IV. — L'auteur débute dans son travail par l'exposé des divergences d'opinion les plus importantes entre les auteurs, sur la pathogénie des ganglions. La manière de voir actuellement, la plus généralement admise en Allemagne, est la théorie de Ledderhose et d'autres savants, suivant lesquels les ganglions sont des tumeurs de néoformation, développées quelquefois à une certaine distance des articulations. On continue au contraire, dans la littérature française, à les décrire comme se trouvant en relation générique avec les articulations ou les gaines tendineuses, en conformité de la théorie de Gasselin, où aussi l'on voit en elles des hernies d'une synoviale. M. Ernberg a fait un examen histologique de deux cas de ganglions à l'Institution pathologique de Stockholm. L'un était un ganglion carpal typique à pédicule très prononcé, engagé entre le scaphoïde et le trapézoïde. Les coupes offraient une image essentiellement pareille à celle décrite par Ledderhose, etc., tissu conjonctif caractéristique, d'aspect œdémateux, lâche, se désagrégeant en petits kystes remplis d'une masse gélatineuse et confluant peu à peu en kystes plus grands. Dans le second cas, il s'agissait d'un ganglion, offrant à peu près la grandeur d'une noix, situé au voisinage de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. Il récidiva après l'extirpation, ce qui en nécessita une nouvelle neuf mois et demi plus tard. L'image histologique correspondait en partie principale à l'image typique des ganglions. Par suite de la circonstance que le processus de dégénération s'étendait dans un tissu conjonctif intermusculaire, l'image présentait un certain caractère de néoplasma malin, et offrait une similarité intéressante avec une myxome. L'auteur en vient néanmoins au résultat qu'il s'agissait également ici d'un ganglion. Suivant M. Ernberg, le processus qui caractérise la formation des ganglions ne doit pas être considéré comme un néoplasma, mais il faut y voir plutôt une inflammation chronique. L'auteur aborde ensuite la question du développement de ce processus. Il discute, en s'y référant, deux autres questions très rapprochées, savoir : 1° si, conformément à l'opinion de plusieurs auteurs allemands récents, les ganglions peuvent se former à une distance plus ou moins grande d'une articulation ; et 2° quels sont les rapports des ganglions typiques avec les articulations. Dans la première question, l'auteur vient à la conclusion, que, s'il existe des formations pareilles, montrant la même image histologique que les ganglions, ce n'est que des cas exceptionnels excessivement rares.

Quant aux rapports des ganglions avec les articulations — l'existence des ganglions téno-synoviaux est désormais généralement niée — ils peuvent ou s'appuyer avec une large base à l'articulation ou continuer sous forme de pédicule ou de prolongement jusqu'à une capsule articulaire. L'examen de trente-huit cas de ganglions publiés a permis à l'auteur de constater l'existence d'un pédicule pareil dans près de la moitié de ces cas, circonstance qui peut difficilement s'expliquer par les théories allemandes en vigueur. Après l'examen critique des diverses théories émises pour expliquer la pathogénie des ganglions, que M. Ernberg ne considère pas comme satisfaisantes, il établit la théorie suivante : Il se produit d'abord une hernie de la synoviale d'une articulation. Cette hernie n'est pas un ganglion, mais par l'étranglement éventuel que son col peut facilement subir, il se produit dans la partie étranglée et autour de cette partie, un œdème suivi d'une nécrose du moins partielle, permettant à la synovie de pénétrer dans le tissu altéré. Cela explique la dégénérescence kysteuse caractéristique dont le début a l'apparence d'un œdème. L'étranglement de la hernie synoviale doit avoir pour effet l'obturation plus ou moins étendue du pédicule en première ligne jusqu'à l'articulation. Cette opinion est confirmée par le caractère anatomique des ganglions. M. Ernberg admet cependant que, dans certains cas isolés, les ganglions peuvent avoir une autre origine.

V. — Epithélioma du pylore. Extirpation; guérison; par J. Ribera y Sanz. (*Revista de Med. y cir. pract.*, n° 676.)

V. — A propos d'un cas très démonstratif, M. Ribera, qui jusqu'ici a pratiqué la gastro-entérostomie en Y de Roux, montre qu'il a préféré cette fois fermer l'ouverture stomacale par une suture droite de 6 centimètres en haut et une autre de 2 centimètres en bas, laissant entre les deux une ouverture de 3 centimètres suturée à la section duodénale. Ce procédé lui a paru beaucoup plus voisin de l'état naturel. Il est d'ailleurs très opposé aux anastomoses latérales. Le malade, parfaitement guéri depuis vingt et un jours, mange et digère normalement. F. B.

VI. — Résection des nerfs maxillaires supérieur et inférieur; par San Martin. (*Acad. Méd. de Madrid.*)

VI. — L'auteur pour pratiquer cette double opération abandonne les procédés classiques et en imagine un qui diffère aussi de celui de M. Poirier. Au lieu, par exemple, de découvrir le sous-orbitaire en avant et de l'amener en passant une anse de fil, il le saisit par derrière dans la fente sphéno-palatine même et s'en sert comme d'une anse pour amener toutes les ramifications. Il ote en deux temps les nerfs maxillaires inférieur et supérieur avec les deux dentaires et toutes les bronches; il a surtout soin de ne refermer qu'après avoir détruit toutes les anastomoses, grâce auxquelles la douleur pourrait plus tard récidiver. (*Revista de Med. y cir. pract.*, n° 650.)

VII. — Anesthésie chirurgicale par injections intrarachidiennes de cocaïne; par Barragan y Bonnet. (*Revista de Med. y cir.* n° 664.)

VII. — Sur douze opérations sur les membres inférieurs, le ventre et les organes pelviens, l'auteur a obtenu douze succès. L'anesthésie s'est toujours produite de trois à dix minutes après l'injection et a duré une heure pour 1 centigr. 1/2 de cocaïne. Elévation thermique à 39°,6 maximum et élévation du pouls à 140, mais retour rapide à la normale. Quelques nausées et vomissements. En somme, procédé commode et inoffensif, exigeant les plus minutieuses précautions aseptiques. F. B.

VIII. — Pièces de monnaie dans l'œsophage; par Baltar Cortès. *Revista de Med. y cir. pract.*, n° 663.)

VIII. — Dans divers cas, l'auteur s'est servi d'un appareil imaginé par lui, simple crochet façonné en fil métallique, à la fois plus simple et plus sûr que le panier de Græfe, que le crochet de J.-L. Petit, et que celui de Kirmisson. Malheureusement aucune figure n'accompagne cet article. (Voir p 417.) F. B.

IX. — Traitement des épithéliomes du nez; par C. Cabañas. (*Siglo Medico*, n° 2.403.)

IX. — Avec l'exposition de plusieurs cas et des photographies très suggestives, l'auteur montre les excellents résultats de son procédé d'autoplastie nasale. Le lambeau facial est pris de très loin entre des incisions assez obliques pour lui laisser une base extrêmement large, ce qui écarte tout danger de mortification, et ce qui permet de combler sans déformation, ni tiraillement exagéré, les pertes de substance. Les incisions suivent autant que possible les sillons ou plis naturels de la peau, ce qui rend les cicatrices fort peu apparentes. F. B.

X. — Pratique de la chirurgie courante; Par le Dr Marius Cornet, avec preface du Pr Ollier, et 111 figures dans le texte. (Alcan, éditeur, 1900)

X. — Ce petit livre est conçu dans un esprit essentiellement pratique. Sous une forme concise, les cas de chirurgie d'urgence et de chirurgie elémentaire sont clairement présentés. Les indications à remplir, les soins qui s'imposent, les instruments nécessaires, les détails de technique ne font point défaut. Le livre est divisé en sept chapitres: chirurgie générale; chirurgie des membres; chirurgie du crâne et de la face; chirurgie du cou et du thorax; chirurgie de l'abdomen; chirurgie génito-urinaire; petite chirurgie gynécologique.

REVUE DES MALADIES NERVEUSES

XXIV. — Erytromélalgie; par V. Otz y Esquerdo (*Revista de Med. y Cir. pract.* n° 638)

XXIV. — Une femme de 40 ans, de bonne santé antérieure et nullement hystérique présente, avec un peu d'amyosthénie des membres inférieurs des accès de rougeur et de douleur brûlante de la peau des orteils, de la plante et du dos des deux pieds, la sensation de brulure devient insupportable quand elle appuie le pied par terre. Les accès sont longs et reviennent tous les jours surtout le soir, entrainant une véritable impotence, une insomnie rebelle. Ils ont fait leur apparition, ainsi que la tristesse qui les accompagne à la suite d'une violente émotion suivie d'un profond chagrin. Un traitement général bien combiné a amené une amélioration passagère, interrompue par un embarras gastrique à la faveur duquel les accès ont repris leur fréquence et leur intensité, enfin la guérison a fini par survenir et se maintient. Une seconde malade, celle-ci hystérique avérée, a présenté les mêmes symptômes avec la même localisation, rougeur intense et douleur insupportable des téguments des pieds, survenant par crise, tous les soirs au coucher. Ici encore la maladie était d'origine émotive. L'auteur fait observer combien souvent la dermatologie et la neurologie se rencontrent. Pour l'érythromélalgie, le système nerveux est seul en cause, et M. Otz se rattache à la théorie de Raynaud qui reconnaît l'origine centrale de cette affection. Mais il s'élève contre l'opinion de ceux qui en font un phénomène de nature hystérique, l'érythromélalgie, comme dans son premier cas, se rencontre aussi chez des sujets non hystériques. Pourquoi rejeter toujours dans le cadre de l'hystérie ce qu'on a de la peine à classer?

F. Boissier.

XXV. — Maladie de Little; par Alvarez Gomez Salazar. *Revista de Med. y Cir. pract.* n° 636)

XXV. — A propos d'un cas de cette affection, l'auteur discute la théorie pathogénique de Marie et Brissaud et celle de Van Gehuchen, il dit avec M. Raymond que les naissances avant terme, loin d'être la règle, sont rares parmi les malades atteints de la maladie de Little. Il trouve d'ailleurs que la naissance prématurée quelque ingénieuse qu'en soit la théorie, ne suffit pas pour expliquer la production de cette maladie. Chez le malade d'Alvarez la maladie a débuté à l'âge de deux mois et demi, elle peut donc être plus précoce qu'on ne le dit généralement. Dans toutes les autopsies qu'il a vues, il n'a jamais constaté un véritable arrêt de développement du faisceau pyramidal. Par contre, laplupart des malades étaient des enfants mal nourris (allaitement artificiel ou alimentation solide prématurée, digérant mal et incomplètement et auto-intoxiqués, ayant subi dans leurs centres nerveux médullaires des processus inflammatoires d'origine vasculaire. L'état de certains de ces malades pris à temps pouvait être amélioré par un traitement diététique et vasculaire. F. B.

XXVI. — Sobre la fosfaturia como neurosis del riñon; par G. Tanago y Garcia. *Siglo medico*, n°s 2422 et 2423.)

XXVI. — La neurasthénie ne produit pas par elle-même la phosphaturie commune; quand celle-ci se présente, c'est qu'il existe une altération pathologique en quelque point de l'appareil génito-urinaire qui détermine la phosphaturie par action réflexe sur le rein. En tout cas, l'auteur n'a jamais vu la neurasthénie occasionner la phosphaturie sans lésion uro-génitale, et s'il admet que de tels faits peuvent exister, il les déclare très rares. Il a vu, par contre, un grand nombre de phosphaturiques non neurasthéniques guéris dès que la lésion urinaire était supprimée. La bibliographie de ce mémoire est très complète, mais on pourrait objecter que les auteurs cités sont souvent des urologues ou des chirurgiens, et que M. Tanago est lui-même spécialiste pour les voies urinaires, et par suite exposé à voir exclusivement des phosphaturiques avec lésion locale; et que si son affirmation est juste et d'accord avec beaucoup d'autres, elle ne saurait être absolue. F. B.

XXVII. — Spondylose rizomélique, par R. Vazquez Figueroa (*Revista de Medicina y Cirurgica. pract.*, n° 646)

XXVII. — Il s'agit d'un homme de 29 ans qui après quelques jours de fièvre conserva de violentes douleurs au niveau des grandes articulations et des membres; un médecin crut devoir l'immobiliser pendant plus d'un mois; le sujet est aujourd'hui ankylosé en extension, présentant l'attitude classique de la spondylose rizomélique. La colonne vertébrale dans sa totalité, les hanches et les genoux sont absolument rigides en extension, la mâchoire et les côtes ont perdu beaucoup de leur mobilité. Tout traitement a échoué, seul le massage appliqué de très bonne heure a maintenu un jeu extrêmement limité de la hanche gauche. Ce qui caractérise le cas de M. Vazquez, c'est surtout l'extrême rapidité avec laquelle s'est établie la maladie, rapidité que semble avoir favorisé l'immobilisation à laquelle le malade a été condamné au début et pendant laquelle il a été en quelque sorte moulé dans la position qu'il occupait dans son lit

XXVIII. — De la syphilis cérébrale; par M. Taboada. (*Académie de Médecine de Madrid.*)

XXVIII. — L'auteur, après avoir différencié les céphalées syphilitiques curables par le traitement des céphalées parasyphilitiques non curables, montre les caractères des paralysies spécifiques où l'ictus manque et que le malade constate simplement un matin à son réveil, états qui finissent mal en général, surtout quand on les confond avec des états congestifs ou apoplectiques ordinaire. Enfin pour M. Taboada le tabes et la paralysie générale sont presque toujours d'origine syphilitique. (*Revista de Med. y Cir. pract.* n° 644)

XXIX. — Sur les scléroses combinées; par M. J. Babinski.

XXIX. — L'association de lésions tabétiques des cordons postérieurs et d'altérations scléreuses des cordons latéraux me paraît beaucoup plus commune qu'on ne le croit généralement. Il est du reste tout naturel qu'il en soit ainsi, puisque le tabes a des liens intimes avec la syphilis et que cette affection produit dans bien cas de la sclérose du système pyramidal. Si la fréquence de cette association n'a pas été suffisamment remarquée par les cliniciens c'est sans doute parce que l'exagération des réflexes tendineux et la contracture, seuls signes que l'on avait à sa disposition jusque dans ces derniers temps pour diagnostiquer une lésion des cordons latéraux, font généralement défaut quand cette lésion se combine au tabes. Le phénomène des orteils, au contraire, que l'auteur considère comme pathognomonique d'une perturbation dans le système pyramidal, ne semble pas entravé par l'existence d'une névrite des racines postérieures et peut se manifester chez des sujets dont les réflexes tendineux sont abolis (1). Or, depuis que M. Babinski connait ce signe et qu'il le recherche systématiquement chez tous les individus qui sont soumis à son observation, il a constaté chez plusieurs malades atteints d'un tabes qui ne se distinguait pas d'ailleurs du tabes vulgaire, le phénomène des orteils décelant seul la perturbation du système pyramidal qui, autrement, aurait passé inaperçue.

A coté de ce premier groupe de scléroses combinées ou le tabes est très caractérisé, il en est un autre où la lésion radiculaire ne se manifeste que d'une manière fruste. Dans ce groupe il y a une catégorie de faits dont l'auteur a déjà réuni sept cas, sur lesquels il veut attirer l'attention d'une manière toute spéciale, car ils sont nécessairement méconnus si l'on néglige, comme cela a encore lieu trop souvent d'explorer le reflexe du tendon d'Achille, dont l'abolition, ainsi que je l'ai montré, (2) et mon opinion a été confirmée par Mills (3), a, au point de vue du diagnostic du tabes, autant d'importance sinon plus que le signe de Westphal. Je vous présente deux malades de ce genre qui sont venus consulter parce qu'ils éprouvaient une sensation de lassitude, d'affaiblissement général, ainsi que quelques douleurs vagues et chez lesquels le phénomène des orteils et l'abolition des réflexes du tendon d'Achille constituent les seuls signes objectifs d'une affection organique du système nerveux. Si ces signes n'avaient pas été recherchés, les malades auraient été considérés sans doute comme de simples neurasthéniques. Or, il paraît très vraisemblable qu'il s'agit ici de sclérose combinée. L'abolition du réflexe du tendon d'Achille décèle, en effet, une lésion organique atteignant, il est vrai, une partie quelconque de l'arc réflexe et pouvant siéger tout aussi bien à la périphérie qu'au centre; mais étant donnée la perturbation du système pyramidal décelée par l'extension des orteils, il est rationnel de supposer que l'abolition du réflexe tendineux dépend aussi d'une lésion centrale ou voisine du centre, d'une altération des racines postérieures. En l'absence d'examen nécroscopique on n'est pas en droit d'être affirmatif; il croit néanmoins que cette hypothèse est la plus acceptable de toutes celles qu'on pourrait faire. Il ajoute qu'il y a intérêt pratique à dépister ces cas frustes de scléroses combinées qui représentent probablement le premier stade d'une affection qui, abandonnée à elle-même, deviendrait très grave. En effet, si un traitement peut être efficace, c'est surtout dans la période initiale, et il doit dire que sur la plupart de ces malades le traitement hydrargyrique a paru exercer une influence très favorable.

(1) Voir : Du phénomène des orteils et de sa valeur séméiologique, par J. Babinski, *Semaine médicale*, 1898, p. 321 et suiv.

(2) Sur le réflexe du tendon d'Achille dans le tabes, par J. Babinski, *Bullet. et mém. de la Société méd. des hôp. de Paris*, 21 oct. 1898.

(3) *Journal of nervous and mental diseases*, 1899, March.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

II. — Estudio clinico. — Terapeutico de las Fiebres eruptivas; par J. Codina Castellvi. Un beau volume, gr. in-8 de 480 pages, avec figures et graphiques. (Madrid, administration de la *Revista de Med. y Cir.*, 1900.)

II. — Sous ce titre, la littérature médicale espagnole s'enrichit encore d'un ouvrage où l'auteur, selon son habitude, a mis beaucoup de lui-même. Ne voulant pas sur un tel sujet édifier une compilation, mais seulement désireux de dégager des données précises des nombreux faits qui se sont imposés à sa vue, il a voulu contribuer à la solution de problèmes nouveaux ou encore en litige, relatifs à ce qu'il appelle les trois grandes fièvres éruptives, variole, rougeole et scarlatine.

M. Codina, comme médecin de l'hôpital provincial, est dans un milieu particulièrement favorable pour que sa méthode d'enquête minutieuse soit féconde. C'est la variole qui occupe la plus grande place (300 p.) dans ce livre qui débute par la déclaration attristée mais courageuse que l'Espagne est le pays de l'Europe occidentale où cette maladie sévit le plus. Cherchant à en établir les lois saisonnière, géographique et d'âge, la discussion repose sur plus de 2.000 cas observés en trois années, dont deux d'endémie ordinaire et une de franche épidémie pendant laquelle les lois de fréquence saisonnière furent renversées. Mais en général c'est en automne que la maladie est au maximum à Madrid; elle y frappe également les deux sexes avec une infime différence au préjudice des femmes, les provinciaux y sont d'autant plus exposés que la date de leur fixation à Madrid est plus récente. Le maximum automnal semble correspondre au moment où, travaillant moins, la population ouvrière se nourrit plus mal et se trouve en état de moindre résistance organique. Les nouveaux arrivés doivent donc toujours se faire revacciner. Le diagnostic différentiel des diverses formes est minutieusement établi, particulièrement celui de la varioloïde. Les cas traités ont revêtu des types que M. Codina qualifie de commun, fruste, aréolaire, papillomateux, pemphigoïde, hémorragique. Il se préoccupe aussi des lois de fréquence des divers symptomes et de l'établissement du pronostic d'après l'apparition de tel ou tel de ceux-ci : là figure une intéressante étude du delire qui n'est point en relation avec la gravité du mal. Puis arrive l'étude des états intercurrents. Les attaques d'épilepsie cessent pendant le cours de la variole, la fièvre typhoïde s'y est toujours trouvée mortelle, la syphilis en éruption, la tuberculose, la coqueluche ont été peu ou point modifiées; le tétanos a été fatal, la grossesse a abouti dans la majorité des cas à l'avortement : quatre cas de

variole seulement ont éclaté pendant l'éruption vaccinale; quatre-vingt-quinze étaient des récidives. La mortalité épidémique était sensiblement la même proportionnellement que celle de l'endémie. (J'ajouterai que cette mortalité très faible tient évidemment aux soins assidus reçus par les malades à l'hôpital provincial.) Il serait trop long d'énumérer même brièvement le titre des chapitres qui suivent où on voit se dérouler parallèlement la situation hospitalière scientifiquement et économiquement, les lois de la prophylaxie spécifique et générale, pour terminer enfin par une longue étude sur le traitement où la sérothérapie joue un grand rôle, faisant seulement remarquer que la quantité de sérum de génisse vaccinée nécessaire pour un adulte est trop élevée pour rendre facile ce genre de traitement pourtant efficace. Cette enquête suit la même marche pour la rougeole et la scarlatine. C'est encore un service rendu à l'hygiène et à la pathologie par M. Codina Castellvi. F. BOISSIER.

III. — Les albuminuries curables; par G. TEISSIER, professeur, à l'Université de Lyon. (Paris, 1900, Baillière et fils.)

III. — Petit ouvrage condensé en quatre-vingt-quatorze pages, un peu difficile à lire, du fait du tassement typographique, mais sans perdre, pour cela, de sa valeur intrinsèque. D'ailleurs, le Pr Teissier ne vise point à « une œuvre d'érudition », ni à une « étude complète sur l'albuminurie », mais simplement à juger de la curabilité des albuminuries d'après les observations cliniques d'une longue carrière.

Y a-t-il des albuminuries curables? à quoi les peut-on reconnaître? dans quelles conditions et limites, la curabilité peut-elle s'obtenir? Tels sont les points traités avec la logique et la précision dignes du savant auteur.

Deux grandes classes d'albuminuries: 1° fonctionnelles inorganiques; 2° rénales. Les premières sont curables, mais il y a parmi les autres, des variétés qui le sont aussi. Il est rassurant de savoir qu'on peut s'en tirer parfois avec le mal de Bright chronique, quand il s'agit de néphrites calculeuses ou rhumatismales.

Nous avons omis de signaler le chapitre des *albuminuries digestives* (p. 29) qu'il faut distinguer en *albuminuries d'alimentation* et albuminurie d'origine purement digestive. Celle-ci a son point de départ exclusif ou prépondérant dans un état des voies digestives (dilatés nerveux, hypochondriaques, gros foie, hyperhémie hépatique, auto-intoxication, etc.).

Conclusions: La publication de M. Teissier nous paraît une excellente étude contributive, de nature à mettre en garde contre des condamnations *a priori* de certains cliniciens trop absolus ou trop hâtifs au point de vue du pronostic.

Paul CORNET.

IV. — Étude de la tuberculose pisciaire: par LEDOUX-LEBARD. (*Ann. Inst. Pasteur*, juillet 1900.)

IV. — Depuis les travaux de Dubard, il semble démontré que la tuberculose des poissons soit due à un bacille spécial, proche parent du bacille de Koch, peut-être même identique, tout comme le bacille aviaire. L'auteur étudie l'action des inoculations des cultures de ce bacille à des grenouilles. Celles-ci résistent assez bien; mais si on les plonge dans de l'eau tiède, à 35° par exemple, l'évolution de la maladie est grave; elles succombent rapidement, et leurs viscères renferment des tubercules typiques. On peut extraire des cultures une tuberculine active qui semble jouir de propriétés analogues à celle de la tuberculine brute de Koch, ainsi que l'avaient déjà démontré Ramond et Ravaut; car inoculée à des cobayes, rendus au préalable tuberculeux par des injections de bacilles de Koch, elle provoque une réaction thermique des plus manifestes.

V. — Valeur des lésions anatomo-pathologiques de la rage; par J. CROCQ. (Société belge de neurol., 27 octobre 1900.)

V. — Dans une série d'articles ou de communications aux Sociétés savantes, l'auteur fait la critique des lésions prétendues spécifiques de la rage, et décrites par Babès d'une part, van Gehuchten et Nelis d'autre part. La lésion que signale Babès siège surtout dans le bulbe, et est constituée par un nodule embryonnaire péri-cellulaire et péri-vasculaire. La lésion rapportée par van Gehuchten se rencontre dans les ganglions sympathiques et se trouve représentée par une prolifération des cellules endothéliales qui entourent les cellules nerveuses du ganglion. Ces lésions sont à peu près constantes chez le chien atteint de rage des rues, exceptionnelles chez les animaux en état de rage expérimentale. Sano ne les a pas rencontrées dans un cas de rage humaine.

M. Crocq, tout en reconnaissant la grande valeur diagnostique de ces diverses lésions, ne les considère pas absolument comme spécifiques; celles que mentionne Babès se rencontrent dans nombre de méningo-myélites banales; celles que rapporte van Gehuchten ont été trouvées par Crocq dans le système ganglionnaire d'un enfant mort de diphtérie. F. R.

VI. — Microbes et infusoires; 1 vol. 160 p. Encyclopédie populaire illustrée. (Paris, 1900; May.)

VI. — C'est un usage de vulgarisation scientifique, qui sous une forme concise, avec des décisions nettes, permet aux chercheurs même les moins instruits des choses du laboratoire, d'avoir une idée précise des microbes, de leurs caractères, de leur rôle en pathologie humaine et animale, dans le monde végétal. De plus, les auteurs ont pu éviter le double écueil des publications de ce genre, et qui est, ou bien de ne pas donner des faits rigoureusement analysés, ou bien de toucher dans le vice extrême, c'est-à-dire de ne pas se dépouiller suffisamment du langage et des démonstrations purement techniques et scientifiques. Ce qui, dans l'un et l'autre cas, ne saurait remplir le rôle de vulgarisateur consciencieux, que se sont proposé les directeurs de l'Encyclopédie.

VII. — Recherches expérimentales sur la pathogénie de la cholémie, Par A. BICKEL. (1 vol., Wiesbaden, 1900.)

VII. — Sous le nom de cholémie, beaucoup d'auteurs allemands ont l'habitude de désigner l'ictère grave ou stéatose aiguë du foie. Bickel fait remarquer, après Traube, Leyden, Frerichs, etc., que la cholémie se traduit objectivement, surtout par des troubles nerveux, ce qui la rapproche de l'urémie ou du coma diabétique. Plusieurs théories explicatives en ont été données. Pour Lebert, Buhl, Wunderlich, l'ictère grave répond à une intoxication ou à une infection générale de l'organisme, compliquée d'une néphrite intense le plus souvent, de sorte que la cholémie ne serait qu'une variété d'urémie. Traube et Conheim critiquent vivement cette conception, et rattachent les phénomènes morbides à la mise en circulation des produits, que ne retient plus un foie en voie de destruction; parmi ces produits, une mention spéciale doit être réservée aux sels biliaires, qui, mis en contact du sang, amènent une destruction globulaire interne, d'où anémie cérébrale et troubles nerveux consécutifs. Flint soutient une théorie assez originale; il suppose la cholestérine, produit excrémentiel du système nerveux, est excrétée par la bile; la suppression de la sécrétion biliaire amènerait une « cholestérémie », d'où troubles nerveux. Felz et Ritter, Leyden, incriminent la présence des sels biliaires et des substances colorantes de la bile dans le sang.

L'auteur a essayé, par de nombreuses analyses de sang d'individus atteints de cholémie, d'isoler les principes toxiques, et d'étudier leur action sur l'organisme des animaux de laboratoire. Pour lui, l'ictère grave se réduirait à une intoxication par les sels d'ammoniaque, et accessoirement par la leucine, la thyrosine, les substances colorantes de la bile, les sels biliaires, et des composés de la famille des phénols. F. R.

ÉCOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE. — Les professeurs, agrégés en exercice et chargés de cours des Écoles supérieures de Pharmacie et des Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie, sont convoqués, le jeudi 11 juillet, à l'effet d'élire un délégué au conseil supérieur de l'instruction publique, en remplacement de M. Bleicher, assassiné, on s'en souvient, à Nancy. (*Le Temps* du 26 juin 1901.)

CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA SEINE. — Le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine a désigné deux de ses membres, M. le Pr Nocard et M. le Dr Albert Josias, pour le représenter au congrès britannique de la tuberculose qui se tiendra à Londres, le 22 juillet. (*Le Temps* du 26 juin 1901.)

BIBLIOGRAPHIE

Quinze leçons; par W. Arbuthnot Lane, M. S. (London.

W. Arbuthnot Lane fait paraître, par l'intermédiaire de *The Médical publishing Company*, une seconde édition de quinze leçons professées par lui et qui traitent les sujets suivants : fractures, traitement opératoire des fractures simples; difformités acquises; conséquences du port des bottines; traitement de la hernie inguinale; arthrite mécanique ou traumatique; anthrectomie comme traitement de l'otite moyenne purulente; principes qui devraient guider dans le traitement opératoire du cancer; affections tuberculeuses des articulations, principes à suivre dans le traitement des conditions mécaniques anormales de l'articulation coxo-fémorale. Tous ces sujets, dont plusieurs présentent une certaine banalité, deviennent quand ils sont traités par l'auteur, extrêmement intéressants. L'intérêt qu'ils présentent tient autant à l'originalité des idées de M. Arbuthnot Lane, qu'à sa profonde connaissance des sujets qu'il a choisis. Il ne veut pas que ses élèves admettent les considérations étiologiques des manuels avant de leur avoir appliqué le contrôle de leur bon sens, ou sans qu'elles leur semblent parfaitement intelligibles et rationnelles. Il faut admettre que toute explication étiologique d'un fait, qui, après étude attentive, apparaît confuse, compliquée, et verbeuse, est probablement fausse. Quand un auteur n'a dans son esprit aucune idée nette sur la cause d'une affection morbide, il prend ordinairement beaucoup de peine pour rendre sa description aussi inintelligible et vague que possible, ou bien il amadoue le lecteur en présentant les multiples opinions de divers auteurs, qui toutes, d'ordinaire, sont différentes les unes des autres. Les lois générales sont, très simples, rapidement compréhensibles et faciles à prouver, et l'importance d'un principe est en général, directement proportionnelle à sa simplicité.

Tout cela nous permet de voir ce que l'auteur n'est pas. Il n'est pas de ceux qui croient une opinion définitive parce qu'elle a été émise ou aprouvée par un « *maître* », ni de ceux qui regardent comme infaillibles les principes qui ne sont que « classiques ». Aussi ne se gêne-t-il pas pour rejeter absolument certaines idées admises trop à la légère, et à leur place il en émet d'autres qui sont plus d'accord avec l'observation et la logique. Et c'est pour cela que son livre présente un grand intérêt. Nous ne pouvons étudier ici les leçons variées qui composent ce livre. Voici seulement un résumé de celle qui par son titre comme par les opinions qu'elle contient, semble présenter le plus d'originalité.

Conséquences du port des bottines : L'auteur énumère et étudie scientifiquement les multiples inconvénients qui résultent de l'usage des chaussures actuelles et plus particulièrement de celle qu'on appelle élégantes.

Elles entraînent une déformation très marquée du pied. Le premier et le deuxième orteils sont déplacés en dehors, le quatrième et le cinquième en dedans. La tête du premier métatarsien fait en dedans une saillie très accentuée. Le gros orteil rejoint souvent le troisième orteil en passant sur la face dorsale du second. Les premières phalanges des orteils se mettent en extension sur les métatarsiens, les deuxième et troisième phalanges en flexion sur la première et constituent ainsi les orteils « en marteau ». Il se forme ainsi trois saillies proéminentes, deux inférieures au niveau de la tête du métatarsien et, à l'extrémité de l'orteil, une supérieure au niveau de la tête de la première phalange. Sur les parties saillantes se développent souvent, par suite du frottement, des cors, des durillons, des bourses séreuses susceptibles de s'enflammer. Bien que le second orteil soit le plus fréquemment atteint de cette malformation, deux, trois ou même tous les orteils peuvent l'être également, et cette déformation s'accentue parfois au point que la tête des métatarsiens finit par traverser la peau de la plante.

La saillie en dedans de la tête du premier métatarsien facilite en ce point le développement de durillons, et d'une bourse séreuse qui s'enflamme souvent et donne lieu à l'affection vulgairement connue sous le nom d' « oignon ». L'ongle du deuxième orteil fortement appliqué contre la face externe du premier détermine des ulcérations rebelles au traitement.

Enfin un grief plus grave contre ces sortes de chaussures c'est qu'elles sont une gêne pour le bon fonctionnement du pied dans la marche, et peuvent donner lieu à cette attitude spéciale du pied connue sous le nom de « pied-plat », expression vulgaire mais mauvaise qu'il vaudrait mieux remplacer par celle-ci : « Abduction habituelle ou fixe du pied ».

L'auteur conseille à ses élèves d'abandonner complètement la théorie dans laquelle le pied est comparé à une arche. Pour lui le pied dans la position de repos est en abduction sur l'astragale. Dans la position d'activité il est en adduction et voici ce qui se passe dans ce dernier cas : Quand le talon est élevé et que le pied repose sur le sol par son extrémité antérieure; en plus du mouvement de la cheville autour d'un axe transversal, le pied prend nécessairement une position d'adduction sur l'astragale, qui occupe alors une situation externe par rapport à celle qu'elle avait quand le pied était à plat sur le sol. Le pied, qui est en pleine activité, réclame l'action énergique des muscles fléchisseurs, plus spécialement du tibial postérieur; et pour que son élévation soit sûre il faut que le gros orteil, par l'intermédiaire duquel se transmet tout le poids sus-jacent, puisse se mouvoir librement en dedans. Tout ce qui s'oppose à ce mouvement en dedans du gros orteil, ou, pis encore, tout ce qui repousse cet orteil en dehors, ajoute considérablement à l'insécurité et à la difficulté du mouvement.

Connaissant les déformations décrites antérieurement, et qui sont dues à l'usage des chaussures il est facile de comprendre le mécanisme par lequel se trouvent constituées certaines attitudes vicieuses du pied. Le déplacement en dehors du gros orteil rend la position d'activité plus difficile et moins sûre. Par suite d'une suractivité du tibial postérieur, celui qui porte de telles chaussures tend à frotter le talon en dehors. Si l'individu n'est pas vigoureux les muscles antagonistes peuvent tout d'un coup cesser leur action d'équilibre, et le mouvement d'adduction est du coup très augmenté, le pied se trouvant déplacé en dedans. Cet état est quelquefois décrit sous le nom de « chevilles faibles », et si le talon s'use en dehors on emploie le terme de « saillie en dehors de la cheville ».

Si l'individu est faible, ou obligé de se tenir debout pendant de longues périodes, le tibial postérieur abandonne la lutte et laisse le pied prendre la position d'abduction; le talon frotte le sol en dedans et la cheville interne devient proéminente. Vulgairement cet état est appelé « saillie en dedans de la cheville ».

Quand cette position a été conservée pendant un certain temps, les mouvements articulaires deviennent difficiles, et les muscles, spécialement les extenseurs et les péroniers, s'opposent à l'adduction du pied, ou à tout mouvement quel qu'il soit de l'articulation subastragalienne, et l'*abduction*, d'*habituelle* qu'elle était devient *fixe*. De là le nom que W. Lane veut donner au pied-plat.

Original contributions concernant les organes glandulaires de l'œil humain et de ses annexes; par Adolf Alt M. D, professeur d'ophtalmologie à Beaumont Hospital medical Collège Saint-Louis édité par l'*American Journal of Ophthalmology*, 1900, 68 gravures).

L'auteur étudie successivement les glandes lacrymales orbitaires palpébrales et conjonctivales; les glandes situées dans l'épaisseur du tarse, les glandes qui occupent le tissu des bords palpébraux, la caroncule et les glandes qu'elle contient, l'appareil de drainage des larmes et ses glandes. A cette étude sont annexées 68 reproductions photographiques des préparations histologiques.

M. Adolf Alt est amené à modifier certaines opinions. La glande lacrymale palpébrale est d'ordinaire placée dans la paupière supérieure seule. Ses recherches lui permettent d'affirmer que, dans des paupières normales, les lobules de cette glande, d'une façon presque constante, atteignent le canthus externe, le dépassent et s'étendent jusque dans la paupière inférieure. Les lobules glandulaires sont groupés autour du bord temporal et quelquefois même du bord inférieur du tarse.

Dans la plupart des paupières, on voit des lobules semblables de tissu glandulaire encore plus lâchement unis les

Laboratoires dans les hôpitaux.

Voici le projet de délibération adopté par la cinquième commission :

Article premier. — Il sera placé à la tête de chaque laboratoire commun un chef de laboratoire nommé par le directeur de l'Assistance publique sur la présentation de la majorité des chefs de service de l'hopital.

Art. 2. — Les chefs de laboratoire devront être choisis exclusivement parmi les docteurs en médecine, anciens internes et anciens externes des hopitaux.

Art. 3. — Ils seront nommés pour deux ans, et pourront etre institués pour une nouvelle période de deux années renouvelable.

Art. 4. — Ils ne pourront être destitués que sur l'avis de la presque unanimité des chefs de service.

Art. 5. — Des préparateurs, choisis par les chefs de laboratoire, pourront être attachés aux laboratoires, suivant leur importance.

Art. 6. — Ces préparateurs relèveront des chefs de laboratoire, mais ils devront être agrégés par les chefs de service.

Art. 7. — Des garçons de service, dont le nombre devra etre proportionné aux besoins du service, seront attachés aux laboratoires.

Art. 8. — Ils seront soumis, pour l'avancement, aux mêmes règles que les sous employés des hôpitaux, et jouiront des mêmes traitements ainsi que des mêmes allocations en nature.

Art. 9. — Les traitements des chefs de laboratoire sont fixés à 2.400 francs par an. Ceux des préparateurs sont fixés à 1.200 francs par an.

L'Assistance publique en France.

Félicitations et blâme.

Nous avons raconté naguère qu'un malheureux ouvrier caennais, père de onze enfants, dont l'aîné n'a pas 18 ans, avait tenté de se noyer près du pont de Vaucelles. Réduit à la plus affreuse misère, il venait, nous assure-t-on, de demander du secours au représentant d'une de nos sociétés de bienfaisance; mais il a été éconduit. — Félicitations à ceux qui ont porté secours, recueilli et remis quelque argent à ce désespéré; mais blâme, blâme sévère aux associations charitables qui repoussent systématiquement toutes les demandes de secours, sans rechercher si ceux qui s'adressent à elles ne sont pas dignes de pitié.

L'indifférence pour le malheur est la même partout. Une malheureuse femme d'une quarantaine d'années, mère d'un enfant de 2 ans, était admise, il y a quelque temps, à l'hospice de Coutances, pour se faire soigner une maladie d'yeux. Cette pauvre femme est aujourd'hui complètement aveugle. Sous le prétexte qu'elle est domiciliée à Nouainville, arrondissement de Cherbourg, l'hospice de Coutances l'a mise au train avec son enfant, à destination de Cherbourg. Qu'on juge de la situation de l'aveugle descendant du train, ne sachant comment se conduire, ni où aller. La pauvre femme tatait les murs, en essayant d'avancer dans les rues, à l'aventure. Un agent s'est intéressé à son sort, et l'a conduite vers le poste de la place du Château et de là à l'Hôtel-Dieu avec son enfant. (*Le Bonhomme normand.*)

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement : DOUZE FRANCS. Ils pourront nous l'adresser par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste. Les mandats doivent être faits au nom du* **Progrès médical** *ou de* **M. Rouzaud**, *administrateur.*

Nous leur rappelons que la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 juillet** *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 1er. — 5e *de Doctorat. (1re partie).* Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage. — 2e *de Doctorat. (1re partie)* Oral MM. Gley, Launois, Walther. — 5e *de Doctorat.* Chirurgie (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Terrier, Broca (Aug.), Lejars.— (2e *série*) : MM. Kirmisson, Legueu, Mauclaire. — (2e *partie*) : MM. Brissaud, Gaucher, Méry. — (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Tuffier, Reynier, Delbet. — (2e *série*) : MM. Delens, Reclus, Sébilleau.

MARDI 2. — 2e d'*Officiat de santé. Définitif* : MM. Hallopeau, Launois, Faure. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Oral. N. R. MM. Berger, Poirier, Bar.— 4e *de Doctorat.* A. R. : MM. Proust, Raymond, Thoinot. — 5e *de Doctorat.* (2e *partie*) (1re *série*) MM. Cornil, Charrin, Vaquez. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Achard, Thiroloix.— (1re *partie*). Chirurgie : MM. Pozzi, Schwartz, Albarran. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Jaccoud, Troisier, Marfan. — (2e *série*) : MM. Chantemesse, Ménétrier, Dupré. — 5e *de Doctorat.* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Bonnaire.

MERCREDI 3. — 3e *de Doctorat.* (1re *partie*). Oral. N. R. : MM. Segond, Lepage, Walther.

JEUDI 4. — 3e *de Doctorat.* (1re *partie*) : Oral. A. R. : MM. Schwartz, Richelot, Wallich.

VENDREDI 5. — 5e *de Doctorat.* (1re *partie*). Obtétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage. — 2e *de Doctorat.* (2e *partie*) : MM. Retterer, Glev, André. — 3e *de Doctorat.* (2e *partie*). Oral. A. R. : MM. Brissaud, Thoinot, Méry. — 5e *de Doctorat.* Chirurgie. (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Legueu, Reclus, Lejars. — (2e *série*) : MM. Reynier, Walther, Mauclaire. — (2e *série*) : MM. Hayem, Widal, Teissier.

SAMEDI 6. — 1er *de Doctorat* : MM. Launois, Poirier, Albarran. — 3e *de Doctorat.* (2e *partie*). Oral. N. R. : MM. Joffroy, Troisier, Gilbert. — (1re *partie*). Oral : MM. Pozzi, Campenon, Faure. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Debove, Thiroloix, Marfan. — (2e *partie*) : MM. Chantemesse, Widal, Vaquez. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Wallich, Maygrier, Bonnaire.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 3. — M. Degris. Etude sur Sénac, premier médecin de Louis XV (1693-1770). — M. Chateau. Cypridopathies et tuberculose. — M. Dircksen. Etude sur la composition chimique et la concentration moléculaire du liquide céphalo-rachidien. — M. G. Rolle. Contribution à l'étude des lésions traumatiques de la veine cave inférieure. — M. Lhomme. De l'actinomycose des parois thoraciques et abdominales. — M. Marchat. Des kystes hydatiques des reins. — M. Lehman. De la ligne brune abdominale. — M. Rozoy. Mall de Pott. — M. Baudin. Contribution à l'etude de l'infection puerpérale.

JEUDI 4. — M. Boucher. Exercice de la médecine sur la frontière franco-belge. — M. Dervieux. Les expertises médico-légales. — M. Fumouze. Dermatose chlorique électrolytique. — M. Lehmann. Contribution à l'étude des névralgies grippales. — M. Dufrieux. Les diverticules de la vessie. Leur anatomie, leur pathologie. — M. Rocher. L'hématurie dans les néoplasmes du rein. Sa valeur diagnostique et pronostique. — M. O'Neill. Etude sur la nature et l'origine des tumeurs conjonctives bénignes de la paroi abdominale. — M. Lalande. Contribution à l'étude des tumeurs ostéoïdes du sinus maxillaire. — M. Poueydebat. Essai sur les manifestations cutanées du rhumatisme chronique. — M. Napieralski. Le vertige voltaïque dans les lésions de l'appareil auditif. — M. Paulouch. Dérythème noueux chez les enfants. — M. Defossez. Des résultats éloignés de la gastrectomie dans le cancer de l'estomac. — M. Jacquot. Du traitement du lupus érythémateux par les courants de haute fréquence. — M. Kieffer. Etude bactériologique de la pneumonie lobaire suppurée. — M. Chapon. Soixante-deux cas d'appendicite opérés. — M. Vallet. Syphilis et ictère. — M. Dupinet. Le diaphragme et les épanchements pleuraux. — M. Pophillat. Paralysies post angineuses (paralysies consécutives aux angines non-diphtériques). — M. Largeau. Stigmates obstétricaux de la dégénérescence. — M. Pierra. La surcharge alimentaire, cause d'intolérance gastro-intestinale chez le nourrisson. — M. Bourier. Considérations sur la sécrétion lactée chez la femme. (Augmentation. Retour. Etablissement tardif). — M. Barlerin. Soins donnés aux nourrissons syphilitiques à la consultation de la clinique Tarnier. Résultats obtenus. — M. Roche. De l'influence sur la santé du nourrisson, de la menstruation chez les femmes qui allaitent.

uns aux autres, s'étendant de la partie temporale vers la partie nasale de la paupière supérieure. Ces lobules peuvent atteindre le milieu de la paupière et même aller plus loin. Ils siègent dans le tissu lâche du fornix conjonctival ou un peu au-dessous du côté palpébral. Plus on s'éloigne du canthus externe, plus petits sont ces lobules glandulaires. Ceux qu'on trouve du côté temporal de la paupière inférieure semblent de dimensions plus uniformes. Mais il n'y a cependant pas de règle absolue.

Sous le nom de glande lacrymale inférieure ou palpébrale, on doit comprendre tous ces lobules glandulaires séparés ou dispersés. Ils sont au nombre de 40 ou davantage. Il existe donc dans la moitié temporale des paupières, en haut et en bas du fornix conjonctival, une quantité grande, mais variable, de tissu glandulaire ayant même structure et probablement même fonction que la glande lacrymale orbitaire.

Ce ne sont point là les seules glandes de la sécrétion lacrymale. Presque toujours il existe une glande constituée par deux, trois ou quatre lobules et située près du canthus interne dans la partie nasale de la paupière supérieure ou un peu plus haut, près du fornix; une autre glande composée d'ordinaire de deux lobules, se trouve dans la conjonctive nasale de la paupière inférieure au-dessous de la caroncule lacrymale ; une troisième se voit fréquemment dans la partie temporale de la paupière inférieure en dedans de la glande lacrymale palpébrale. De petites glandes formées de un ou deux petits lobules et de même structure se voient quelquefois près des bords temporal et nasal du tarse des paupières supérieure et inférieure, et en partie dans la conjonctive oculaire.

POULARD.

Compte rendu de la Société de médecine interne de Berlin, année 1899-1900, publié par le Bureau. (*Deutsch Medic. Wochen.*) (1).

Il s'agit d'un assez fort volume de 500 pages, qui reproduit les séances de cette Société. On y retrouve au complet toutes les discussions, parmi lesquelles nous rappelons les suivantes : 1° *Gutzmann*, recherches sur la déglutition, dans les différentes attitudes du corps, au moyen des rayons X : 2° *Rosenheim*, du spasma et de l'atonie de l'œsophage ; 3° *Munter*, valeur de l'hydrothérapie dans le traitement des maladies du cœur ; 4° *Boas*, expérience sur le cancer du gros intestin ; 5° *Blumenthal*, compte rendu de la fête du cinquantenaire de la Société de Biologie de Paris. M. Blumenthal a représenté la Société de médecine interne de Berlin à la cérémonie du 27 decembre, où l'on a posé une plaque commémorative sur le mur du Collège de France, attenant au laboratoire de Claude Bernard. M. Blumenthal expose en séance que la Société de biologie de Paris est composée de quarante membres, qui, après neuf ans, passent en réserve, c'est-à-dire deviennent inactifs, et peuvent être remplacés par de nouveaux membres, de sorte que la Société de biologie représente la jeune science médicale française. M. Blumenthal fait part à ses collègues de l'accueil particulièrement aimable qu'il a reçu, et des applaudissements qu'il a soulevés, en faisant remarquer que M. Bouchard est membre honoraire de la Société de médecine interne de Berlin, et en souhaitant de continuer avec la Société de biologie les meilleurs rapports (séance du 8 janvier 1900) ; 6° *Leyden*, un cas d'anévrisme de l'aorte descendante ; 7° *Cohnheim*, traitement de quelques formes de dilatation de l'estomac par l'huile à haute dose, etc., etc.

Chimie physique appliquée à la médecine ; par le Dr KOEPPE, privat-docent à l'Université de Giessen (Vienne, 1900, Alfred Holder, 15, Rothenthurmstrasse) (2).

Cet ouvrage de science pure et un peu abstraite est divisé en trois parties. Dans la première, il est question de la *Théorie Van't Hoff* sur les solutions. D'après ce savant, une matière réduite en solution se comporte comme un gaz ; c'est-à-dire qu'elle exerce en un point déterminé de l'eau la même pression osmotique qu'elle exercerait comme pression gazeuse, si, en l'absence de l'eau, elle remplissait le même espace qu'un gaz. Et l'analogie entre les solutions et les gaz, n'a pas lieu seulement quant aux propriétés générales des derniers, mais il y a les mêmes lois gazeuses, en substituant simplement la pression osmotique à la pression gazeuse habituelle. Les pages suivantes donnent le développement expérimental et mathématique de cette théorie, jusqu'à et y compris celle d'*Arrhenius sur la dissociation électrolytique.* On appelle électrolytiques les corps tels que les acides, les bases, les sels, lesquels dissous dans l'eau, ont la proprieté d'être conducteur du courant électrique. Si l'une de ces substances électrolytiques est dissoute dans l'eau, elle se décompose en molécules chargées positivement et négativement, et qu'on appelle *iones.* Les iones positives sont les *kationes*, et les négatives sont les *aniones.* Or, d'après Arrhenius, ce n'est pas le courant électrique qui commence par décomposer les substances électrolytiques en iones ; mais ce sont les substances électrolytiques qui, du seul fait d'être en solution aqueuse, sont par cela même dissociées en iones chargées d'électricité.

Dans la deuxième partie, M. Hans Kœppe démontre l'action de la force osmotique dans l'organisme, par des recherches sur les globules du sang ; il détermine la pression osmotique du liquide sanguin, la participation de cette pression aux processus vitaux, ainsi que la composition moléculaire des liquides de l'économie.

Arrêtons-nous un peu au parapraphe VI (p. 117) : « *De l'importance des sels dans l'alimentation.* » Jusqu'à ce jour, on a conservé ces deux idées exclusives, savoir:

1° Que les sels ne font que traverser le corps sans modification de leurs groupements atomiques.

2° Qu'ils ne servent qu'à la construction et à la réparation du corps, sans être par eux-mêmes une source d'énergie. Or, déjà Liebig, en 1865, avait reconnu les substances salines comme *des intermédiaires indispensables, de qui les aliments plastiques et respiratoires, tiennent ces propriétés qui les rendent propres à l'entretien de la vie.* Et plus tard (1869) : « Dans la digestion, la formation du sang, les phénomènes respiratoires et les échanges nutritifs, dans tous ces processus, les substances inorganiques et salines jouent un rôle réel et parfois déterminé. »

Dans leur passage à travers l'organisme, les sels subissent parfois des modifications, et les solutions salées transportent du travail ; et cette transmissibilité ne dépend pas seulement de l'énergie interne des solutions, mais de la chaleur de la solution même. Les matières salines jouent un rôle actif ; sans elles, l'albumine n'est pas assimilée. Le chlorure de sodium surtout est nécessaire, et il en faut beaucoup plus dans l'alimentation végétale que dans l'animale. Les solutions salées conduisent de la force électrique.

A signaler aussi le paragraphe VII (p. 122) : *De l'importance de la chimie physique en balnéologie.* Les différentes eaux sont plus ou moins conductrices d'électricité, et l'auteur les classe (p. 131) d'après leur conductibilité.

Nous oxtrayons du tableau :

Eau absolument pure	0,038
— distillée boullie	10,000
— distillée, chargée de CO^2 . .	13,000
— de la glace artificielle.	137,000
— de Marienbad.	1,112,000
— de Kissingen	[illegible]

etc., etc.

Enfin la troisième partie de l'ouvrage développe les rapports entre les sciences médicales et la chimie physique. N'allongeons pas cette analyse par d'autres détails, mais reconnaissons le mérite du travail vraiment scientifique de M. Kœppe, travail qu'il faut hautement apprécier comme tout ce qui peut apporter un peu de précision dans les recherches médicales, qui d'ordinaire en manquent piteusement. Seule, cette science exacte, qu'on appelle la chimie physique et physiologique, peut faire avancer la médecine, d'une façon lente mais certaine, définitive et indiscutable. Que M. Hans Koeppe reçoive tous nos compliments pour un ouvrage qui, pour n'être encore que contributif, n'en est pas moins de grande valeur.

Paul CORNET.

(1) *Verhandlungen des Vereins für innere Medicin zu Berlin, herausg. v. d. Vorstande des Vereins.*
(2) *Physikalische Chemie in der Medicin.*

Das lœsliche metallische Quecksilber als Heilmittel. (*Le Mercure métallique soluble comme médicament*); par le Dr Oscar WERLER (Berlin, 1899, chez S. Karger, Karlstrasse, 15.)

La brochure que l'auteur a bien voulu nous adresser, par l'intermédiaire du *Progrès médical*, est un in-8 de 36 pages, avec deux belles planches. Après un historique assez bien fait sur les progrès successifs par lesquels la chimie a donné à certains métaux solides, des propriétés solubles, M. Werler, spécialiste pour les affections urinaires et dermatalogiques, rappelle les travaux de Miller, Behring, Schill, Bolton, Beyer, Wöhler et Bibra, Rautenberg, Muthmann, etc., sur la valeur pharmaco-dynamique et bactériologique des substances colloïdales. Mais c'est surtout Credé qui fit époque, en trouvant l'emploi pratique d'un métal soluble, en particulier, de l'argent colloïdal. Bientôt, par association d'idées et de recherches, apparut le Mercure métallique soluble, que M. Werler étudie aux points de vue pharmacologique, thérapeutique et des indications spéciales. L'auteur recommande un *onguent de mercure colloïdal*, dont voici la teneur :

Mercure colloidal		10 grammes.
Eau distillée		10 —
Axonge	80	75 —
Cire blanche	20	
Ether sulfurique		1,50
Ether benzoïque		3.30

F. S. A.

Cette pommade (1) serait d'heureuse application, comme frotte mercurielle dans le traitement de la syphilis : en moyenne, six frottes par semaine et le septième jour, un bain. Il est mieux, quand les circonstances le permettent, de confier l'application à un masseur de profession, lequel entreprendra la partie droite du tronc, puis la partie gauche, puis la jambe droite, puis la gauche, puis le bras droit, puis le gauche, en respectant le plus possible les parties fortement poilues.

Durée moyenne d'application : 8 minutes 1/2; quantité moyenne de pommade : 2 grammes par jour; si le malade est anémique, 1 gramme seulement; mais s'il est fort et la maladie intense, on va jusqu'à 3 et 4 grammes par frotte.

M. Werler utilise aussi l'*emplâtre de mercure colloïdal*, contenant 15 0/0 de matière première, ainsi que les *pilules de mercure colloïdal*, ainsi faites :

Mercure colloïdal	0 gr. 30 à 1 gramme.
Argile blanche et glycérine pour 30 pilules	Q. S.

Une, deux, trois fois par jour, après les repas.

Mieux encore, on formule les pilules comme suit, en recourant, d'après l'avis de Silberstein, à la pommade à 10 0/0 :

Pommade de merc. colloidal.	3 a 6 grammes.
Argile blanche	Q. S.

Pour 30 pilules.

Même mode d'emploi; dans les 2 cas, on moule les pilules dans de la poudre de talc.

Enfin, il y a la *solution de mercure colloïdal* à 1 et 2 0/0, pour badigeonner les syphilides, et la *poudre de mercure colloïdal*, pour saupoudrer les condylomes étendus des régions génitale et anale.

Ces cinq formes pharmaceutiques ont été utilisées dans 82 cas de syphilis, dont l'auteur signale 30 observations qu'il divise en 3 groupes, suivant la période diathésique.

Les conclusions de M. Werler se recommandent aux dermatologistes. Les voici : 1° le mercure métallique soluble, est un antisyphlitique pratique, non toxique, d'action rapide et intensive, et digne de prendre place parmi les mercuriels officinaux; 2° ce remède a fait ses preuves qui le désignent suffisamment, dans les périodes primaire, secondaire et tertiaire de la syphilis; 3° la forme la plus convenable et la plus sûre, paraît être la pommade à 10 0/0, à cause de l'absence d'excitation pour la peau et la cavité buccale, ainsi que d'un pouvoir d'absorption facile et prompt, et comme étant, enfin, d'un prix peu élevé.

Dr Paul CORNET.

(1) A conserver en lieu frais, à l'abri de la lumière.

Operative and Practical Surgery, par Thomas CARWARDINE (John Wright and C°, Bristol, 1900.)

La librairie John Wright and C° (Bristol) vient de publier, sous le titre de « *Chirurgie opératoire et pratique* », un ouvrage de Thomas Carwardine, chirurgien de l'infirmerie royale de Bristol. Ce livre est spécialement fait à l'usage des étudiants et des praticiens. Il a 660 pages et contient 550 gravures dont la plupart sont des dessins originaux faits par l'auteur.

Ce manuel a pour but d'aider l'étudiant et le praticien dans l'appréciation et l'application de la chirurgie opératoire et pratique. Il est d'un caractère essentiellement pratique et fait pour suppléer les nombreux ouvrages de chirurgie scientifique. L'auteur s'occupe surtout dans ce livre des applications journalières de la chirurgie, sans négliger les méthodes originales qui ont donné de bons résultats. Ce manuel ne doit être utilisé qu'en union avec le travail clinique et pratique auquel il doit servir de guide. Certains sujets d'importance journalière, comme les fractures, sont largement étudiés. D'autres, qui sont compris dans les cours ordinaires de chirurgie pratique, comme les amputations et la ligature des artères, ont été plus rapidement traités. Certaines opérations ne sont faites que par les chirurgiens consultants : beaucoup de ces dernières ont cependant été rapidement décrites, parce qu'il est nécessaire à l'étudiant et au praticien d'avoir sur elles une idée générale. Certains chapitres spéciaux en dehors de la compétence de l'auteur ont été confiés à d'éminents spécialistes.

Le livre de Th. Carwardine présente un grand intérêt parce qu'il répond à un besoin, une lacune. Il existe, en Angleterre comme en France, une grande quantité de traités de chirurgie scientifique, qui ne diffèrent les uns des autres que par la couleur des reliures. C'est l'éditeur qui donne au livre un caractère particulier, une originalité, qu'on chercherait vainement dans le texte. Tous ces livres sont excellents, ils se valent, puisqu'ils ont exactement le même contenu, mais ils sont trop, leur nombre effraye l'étudiant qui s'intéresse à la chirurgie; si le courage ne lui manque pas, il s'engage dans la lecture des uns et des autres, et il continue jusqu'au jour vite venu où il s'aperçoit qu'il lui suffit de lire l'un d'eux pour connaître les autres. Tous les auteurs qui, rompant avec une tradition facile, abandonnent les œuvres de compilation inutile, et font un vigoureux effort pour créer un ouvrage personnel, débarrassé de toutes les inutilités qui augmentent de moitié le poids de nos traités scientifiques, ont un mérite réel et leurs travaux doivent être connus. Carwardine est un de ceux-là.

Son livre, sans lui ressembler exactement, a beaucoup d'analogie avec un ouvrage français, très personnel aussi, et plein d'utilité pratique : la Chirurgie d'urgence, de M. Lejars.

Dans un chapitre préliminaire on trouve des considérations générales sur l'asepsie, l'antisepsie, les antiseptiques, les pansements; une étude de la bactériologie chirurgicale; enfin des conseils généraux sur la façon dont on doit examiner les malades et rédiger une observervation.

Le deuxième chapitre comprend l'étude des bandages; les luxations et les fractures.

Dans le troisième chapitre intitulé : « Opérations générales » après quelques considérations sur les facteurs divers qui peuvent influer sur les résultats d'une opération, il étudie les différentes interventions chirurgicales qu'on peut avoir à faire sur les artères (ligatures), les veines et les lymphatiques, sur les os, sur les articulations, sur les tendons et les aponévroses. Une grosse partie de ce chapitre est consacrée aux amputations.

Dans les six chapitres suivants, il étudie les diverses régions : la tête, le cou, la poitrine, les organes génito-urinaires, l'abdomen et les organes qu'il contient ; l'anus et le rectum.

Enfin, dans un dernier chapitre, sont réunis certains sujets en dehors de la compétence de l'auteur, dont l'étude a été confiée à des spécialistes : extraction des dents, examen du nez, examen du larynx, maladies de l'oreille et ses complications, examen et traitement de l'œil.

Le nombre considérable des illustrations rend très facile la lecture de ce volume. L'auteur possède d'ailleurs à un haut degré la plus indispensable des qualités pour un professeur,

la clarté. Toutes les choses importantes sont soigneusement soulignées pour qu'elles se fixent bien dans la mémoire. Ce n'est pas un livre fait rapidement pour un éditeur pressé ; c'est un ouvrage élaboré avec le plus grand soin, dans le but d'être utile et de faciliter l'étude de la chirurgie aux étudiants et praticiens anglais qui sauront en profiter. POULARD.

Cirrhose atrophique du foie d'origine toxi-alimentaire, leçons cliniques du Pr GRASSET, recueillies et publiées par le Dr GIBERT, chef de clinique médicale à l'Université de Montpellier.

Dans une leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Eloi, le Pr Grasset, profitant de la présence d'une malade atteinte de cirrhose atrophique de Laënnec, d'origine toxi-alimentaire, expose l'état actuel et récent de la question des cirrhoses hépatiques. De la classification étiologique ancienne, une chose paraît survivre : quand on trouve le foie atrophié de Laënnec avec grosse rate et ascite, on est tenté de toujours admettre l'alcoolisme.

Eh bien, dit M. Grasset, c'est précisément contre cette notion survivante du schéma étiologique ancien que le cas de notre malade apporte un argument important. C'est un foie atrophié et c'est un foie dyspeptique. La malade entre à l'hôpital avec une ascite abondante, un petit foie, une grosse rate, syndrôme complet de Laënnec. De plus, il y a de l'hypotension artérielle et de l'hypotension portale. Des expériences de laboratoire prouvent l'altération de la cellule hépatique : L'urobiline existe dans l'urine ; il y a glycosurie alimentaire, diminution de l'urée, hypertoxicide urinaire, indicanurie et élimination intermittente du bleu de méthylène. On peut donc dire ascite abondante à reproduction rapide avec petit foie et grosse rate, due à une cirrhose atrophique du foie, avec lésion de la cellule hépatique. On devrait trouver l'alcool comme étiologie sous une forme quelconque, il n'existe sous aucune forme. La malade n'a jamais pris de liqueur avec ou sans café, et comme vin le maximum qu'elle ait pris a été deux verres dans la journée. Du côté du tube digestif, les causes de dyspepsie sont graves et nombreuses : la dentition est déplorable depuis longtemps ; actuellement, il ne reste qu'une molaire à la mâchoire supérieure et quatre incisives à la mâchoire inférieure. La malade se nourrissait des aliments grossiers d'un pays de misère ; oignons crus, anchois, harengs, concombres. Une fois par semaine de la viande et à la dose d'une moitié de côtelette : la dyspepsie existait depuis longtemps quand la maladie s'est déclarée.

Or, de tous les travaux publiés, il ressort une conclusion, dit M. Grasset, c'est que la dyspepsie prolongée, les poisons intestinaux des dyspeptiques peuvent produire sans alcoolisme des lésions persistantes du foie, une cirrhose. Seulement cette cirrhose d'origine gastro-intestinale est une cirrhose hypertrophique, or celle de la malade intéressée est une cirrhose atroplagiée, une cirrhose de Laënnec.

Déjà Boix s'était demandé s'il n'existerait pas une cirrhose atrophique par intoxication d'origine gastro-intestinale. Des expériences faites sur le lapin lui avaient montré la réalité de cette hypothèse. Rutreff rapporte l'observation d'habitants de la terre de feu se nourrissant d'énormes quantités de moules, ce qui détermine chez eux des cirrhoses hépatiques qui deviennent atrophiques. Laffite dans sa thèse accumule tous les documents contre l'origine exclusivement alcoolique de la cirrhose atrophique du foie Hayem. Rovighi, Maragliano apportent, eux aussi, une série de faits intéressants à l'appui de cette origine gastro-intestinale de certaines cirrhoses atrophiques. Enfin d'autres auteurs ont démontré que, même lorsqu'il y a éthylisme dans la pathogénie de la cirrhose atrophique, il y a d'abord dyspepsie. Ainsi pour Inghilleri l'alcool ne provoque qu'indirectement la cirrhose atrophique ; il produit d'abord une gastro-entérite chronique qui augmente les éléments de putréfaction intestinale, véritables facteurs de la sclérose hépatique. Boix arrive à la même conclusion.

Si l'auteur insiste autant sur cette théorie gastro-intestinale de la cirrhose atrophique, c'est que la question est neuve, peu classique, et surtout parce que cela augmente et complète notre faisceau de documents sur la cirrhose atrophique d'origine gastro-intestinale. La dyspepsie peut donc faire de la cirrhose atrophique. Au point de vue thérapeutique l'idée qui se dégage de tout cela, c'est le rôle considérable des troubles gastro intestinaux dans la production de la cirrhose atrophique, qu'elle se développe chez un arthritique, un alcoolique ou autrement. Donc la dyspepsie de la phase préascitique de la cirrhose atrophique n'est plus seulement un symptôme utile pour le diagnostic, c'est une source d'indications thérapeutiques. Aussi faudra-t-il, non seulement supprimer l'alcool, mais traiter la dyspepsie, surveiller le régime. On instituera le régime lacté, on y joindra l'entéroclyse matin et soir avec de l'eau bouillie naphtolée. André MAY.

Traitement de l'Aphonie hystérique; par F. RUEDA. (*Revista de Med. y cir. pract.*, n° 650.)

Les observations originales de ce mémoire servent à établir un mode d'investigation méthodique pour l'aphonie hystérique. Par une série de mouvements combinés, de façon à décomposer le complexus vocal et déterminant l'état respectif des fonctions de chaque groupe musculaire du larynx et l'état spérométrique, l'auteur précise pour chaque cas les dissociations et incoordinations pathologiques d'origine corticale et par un traitement approprié et systématique, il reconstitue la synergie fonctionnelle abolie. F. BOISSIER.

Un cas de Tératologie; par R. MARTIN-GIL. (*Revista de Med. y cir. pract.*, n° 669.)

Le sujet est âgé de 32 ans et présente un état de pseudohermaphrodisme pour lequel le sexe est fort difficile à diagnostiquer. Considéré comme un garçon à sa naissance, il eut à 11 ans un écoulement de sang par l'urètre, écoulement qui dura trois jours et qui depuis lors se reproduit chaque mois. Le cathétérisme permet d'arriver dans la vessie, mais ne laisse pas trouver de canal vaginal. Le clitoris est très gros, pas de testicules dans les grandes lèvres. La complexion, les seins, les hanches, la peau, tout est d'aspect franchement féminin, sauf la barbe et la caractère très viril. Le phénomène s'habille toujours en femme et se montre de ville en ville pour gagner sa vie. F. B.

Intoxication par morsures de vipères; par L. DEL RIO. (*Revista de Med. y cir. pract.*, n° 656.)

L'auteur donne le résultat de ses expériences sur des animaux et l'exposé d'un cas heureux d'application sur l'homme du sérum de Calmette. F. B.

STOMATOLOGIE

Fistules odontopathiques. Leur traitement, par M. E. GIRES.

Première observation. Il y a neuf ans (1891) dans une crise d'hystéro-épilepsie, la malade (29 ans) s'est brisé plusieurs dents supérieures et sans doute ébranlé les dents inférieures. En 1897, à la fin d'une forte attaque de rhumatisme articulaire aigu, il se déclara un abcès sous-mentonnier, à la suite duquel est restée une fistule cutanée. Depuis deux ans, plusieurs traitements chirurgicaux (curettages, mèches iodoformées, cautérisations au nitrate d'argent, injections de teinture d'iode) n'ont donné aucun résultat. En septembre 1899, à la consultation dentaire de Lariboisière, le diagnostic suivant est fait : *Fistule cutanée produite par l'incisive centrale droite, non cariée, mais morte* (teinte grisâtre et bleutée, insensibilité, opacité).

Traitement. — Trépanation de la dent, ablation des débris pulpaires infectés, antisepsie du canal, injections d'acide phénique par liquide à travers le trajet fistuleux. Guérison à la troisième séance. Le cas est intéressant : 1° par la nature de l'affection ; 2° par l'étiologie de la mortification de la pulpe (traumatisme pendant une crise d'hytéro-épilepsie) ; 3° par le début de l'infection à la fin d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu ; 4° par l'inutilité des traitements chirurgicaux antérieurs ; 5° par le traitement qui a amené la guérison avec conservation de la dent.

Deuxième observation. — Fistule gingivale, causée par l'incisive latérale droite inférieure, non cariée, mais fissurée.

Cette dent ainsi que ses quatre voisines ont les caractères cliniques de dents mortes. — Début de l'infection au cours d'une arthrite blennorragique. — Traitement : trépanation ; ablation des débris pulpaires infectés ; antisepsie du canal ; injection d'acide phénique pur liquide à travers le trajet fistulaire. Guérison à la première injection.

Troisième observation. Fistule gingivale provenant d'un kyste radiculaire causé par une seconde prémolaire obturée vingt-trois ans avant. Début de l'infection cinq ans après l'obturation, au cours d'une grossesse. L'obturation enlevée, le canal nettoyé et antiseptisé, une injection d'acide phénique pur liquide amène la guérison à la première séance.

Ce traitement, employé empiriquement depuis longtemps, semble ignoré de la plupart des auteurs. *Il est simple, pratique, indolore, il donne une guérison rapide et pour ainsi dire constante.* Il est probable qu'en plus de son action antiseptique, l'acide phénique pur liquide possède une action sclérogène qui cause une ostéite productive dans la partie osseuse du trajet et une formation de tissu nouveau dans sa partie molle. Son action sur l'extrémité radiculaire est plus obscure, mais il est certain que la région apicale est totalement désinfectée, puisque l'infection qu'elle entretenait cesse.

VARIA

La lutte contre les maladies tropicales.

Les journaux politiques ont parlé récemment de la souscription ouverte par la presse pour la création d'un institut de médecine tropicale. Rappelons le texte d'un vœu adopté par acclamation, sur la proposition de M. R. BLANCHARD, par les membres de la Section de bactériologie et de parasitologie du XIII[e] Congrès international de médecine. Il est superflu de souligner l'importance capitale de cette manifestation (1).

« Les membres du XIII[e] Congrès international de médecine (section de bactériologie et de parasitologie), considérant les découvertes capitales qui ont été faites recemment dans le domaine de la pathologie des pays chauds, particulièrement en ce qui concerne l'étiologie et la prophylaxie du paludisme et de la filariose ; considérant que ces découvertes ouvrent une voie dans laquelle la bactériologie, la parasitologie et l'histoire naturelle médicale doivent résolument s'engager pour le plus grand profit de la science et le plus grand bien de la colonisation ; Que, jusqu'à ces temps derniers, la médecine des pays chauds et les importantes questions d'hygiène et de parasitologie qui s'y rattachent n'ont été dans aucune Université l'objet d'un enseignement officiel, malgré la grande extension qu'ont acquise les entreprises coloniales ; considérant, d'autre part, que l'Angleterre a fondé, à Londres et à Liverpool, deux Ecoles de médecine tropicale qui se sont signalées déjà par des travaux d'une haute valeur et par des expéditions médico-scientifiques dont les résultats ont été très importants ; que d'autres pays, et notamment la France, en instituant des cours de médecine tropicale à l'Ecole de médecine de Marseille, ont suivi cet exemple qui mérite de trouver partout des imitateurs ;

« Emettent le vœu : Que la pathologie, l'hygiène et la parasitologie tropicales soient désormais l'objet de cours et de travaux pratiques spéciaux dans les Universités des pays situés dans la zone tropicale ; que ce même enseignement soit aussi donné dans les Universités d'Europe ou que du moins il figure au programme des Universités des pays possédant des colonies sous les tropiques (Allemagne, Belgique, France, Pays-Bas) ; en particulier, que cet enseignement soit créé à la Faculté de médecine de l'Université de Paris. »

Les piqûres d'insectes.

Le *Bonhomme normand* signalait, il y a quelques mois, les faits suivants :

La femme Raymond Saint-Martin, garde-barrière à Portheville, près Falaise, est morte après avoir été piquée à la jambe par une guêpe. — A Villeneuve-la-Garenne, un enfant de trois semaines était déposé près d'une meule de paille par sa mère, qui était allée à 100 mètres environ causer avec des parents. L'entendant crier, la mère revint et le trouva couvert de fourmis. Elles avaient pénétré dans le nez, la bouche et les oreilles. L'enfant est mort.

Lorsque les piqûres ne donnent pas lieu à des symptômes bien alarmants, une friction avec le liniment volatil camphré, un peu d'alcali volatil, ou avec le mélange suivant :

Menthol	1	gramme.
Acide phénique cristallisé . . .	1	—
Eau de Cologne	30	—

suffit pour mettre à l'abri de toute complication. Un léger pansement à l'eau phéniquée faible, ou au sublimé, ou des bains locaux antiseptiques compléteront le traitement.

Si l'on a des raisons pour soupçonner une mouche charbonneuse, il ne faut pas hésiter à recourir aux cautérisations au fer rouge et administrer les potions stimulantes ou cordiales. J. N.

(1) Voir le *Numéro des Étudiants* de 1899.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCC[r], RUE DE RENNES, 71.

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Recherchér par ordre alphabétique, non seulement dans la succession réguliére des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Nécrologie, Hôpitaux, etc.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

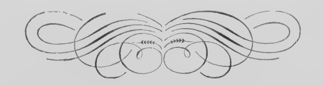
U

V

W

Y

Z



PARIS — IMP. V. GOUPY, G. MAURIN SUCC., RUE DE RENNES, 71.

Publications du *PROGRÈS MÉDICAL*

CARYOPHILIS. **Complexus symptomatique constitué par de l'aphagie** (Refus de manger). **Alalie** (Refus de parler), et **Astasie-Abasie, guéri par la suggestion forcée.** Brochure in-8 de 14 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 25 c.

CARTAZ (A.). **Notes et observations sur le tétanos traumatique.** Brochure in-8. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . . 25 c.

CATSARAS (M.). **De la curabilité de la sclérose en plaques.** Brochure in-8 de 11 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . 25 c.

CATSARAS (M.). **Recherches cliniques et expérimentales sur les accidents survenant par l'emploi des scaphandres** Volume in-8 de 328 pages, avec 5 tableaux hors texte. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr.

CESTAN. **Méningo myélite syphilitique au signe d'Argyll-Roberston.** Brochure in-8 de 8 pages — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . 35 c.

CHABBERT. **Nouvelles doctrines de neuropathologie, d'après les leçons élémentaires de clinique médicale professées à l'Hôtel-Dieu de Toulouse par le Dr Caubet** (Examen critique). Volume in-8 de 113 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr. 75

CHABBERT. **Sur un cas de paralysie générale à forme de tabes au début chez un syphilitique.** Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr.

CHABBERT (L.). **Deux cas de bégaiement hystérique chez des dégénérés.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 25 c.

CHABBERT (L.). **Paralysie agitante et hystérie.** Brochure in-8 de 16 pages, avec 7 figures. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés 35 c.

CHABBERT (L.). **Sur un cas d'ophtalmoplégie nucléaire transitoire consécutive à une migraine ophtalmique** (ophtalmoplégie migraineuse). Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 35 c.

CHAMBARD (E.). **Dermoneurose stéréographique et érythrasma chez un imbécile alcoolique.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 25 c.

CHANTEMESSE (A.). **Étude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte : les formes anormales en particulier.** Volume in-8 de 184 pages avec une planche lithographiée hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. 2 fr. 50

ŒUVRES COMPLÈTES DE J.-M. CHARCOT.

Tome I. — **Leçons sur les maladies du système nerveux,** recueillies et publiées par BOURNEVILLE : *Troubles trophiques ; — Paralysie agitante ; — Sclérose en plaques ; — Hystéro-épilepsie.* Volume in-8 de 418 pages avec 35 figures et 13 planches en chromolithographie. — Prix : 15 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 10 fr.

Tome II. — **Leçons sur les maladies du système nerveux,** faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par BOURNEVILLE. *Des anomalies de l'ataxie locomotrice ; — De la compression lente de la moelle épinière ; — Des amyotrophies ; — Tabes dorsal spasmodique ; — Hemichorée post-hémiplégique ; — Paraplégies urinaires ; — Vertige de Ménière ; — Épilepsie partielle d'origine syphilitique ; — Athétose ; — Appendice, etc.* Volume in-8 de 4[illegible]6 pages avec 35 figures dans le texte et 10 planches en chromolithographie. — Prix : 15 fr. — Pour nos abonnés . . . . 10 fr.

Tome III. — **Leçons sur les maladies du système nerveux,** recueillies et publiées par BABINSKI, BERNARD, FÉRÉ, GUINON, MARIE et GILLES DE LA TOURETTE : *De l'atrophie musculaire ; — De l'hystérie chez les jeunes garçons ; — Contracture hystérique ; — De l'aphasie ; — De la cécité verbale ; — Chorée rythmée ; — Spiritisme et hystérie ; — Six cas d'hystérie chez l'homme ; — Du mutisme hystérique,* etc. Un volume in-8 de [illegible] pages, avec 86 figures dans le texte. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 8 fr.

Tome IV. — **Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière,** recueillies et publiées par BOURNEVILLE et E. BRISSAUD. Volume in-8 de 428 pages avec 87 figures dans le texte. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 8 fr.

Tome V. — **Maladies des poumons et du système vasculaire.** Un beau volume in-8 de [illegible] pages avec 51 figures dans le texte et 2 planches en chromolithographie. — Prix : 15 fr. — Pour nos abonnés . . . 10 fr.

Tome VI. — **Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins,** recueillies et publiées par BOURNEVILLE, SEVESTRE et BRISSAUD. Volume in-8 de 442 pages, [illegible] de [illegible] figures et de 7 planches [illegible]. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés. . 8 fr.

Tome VII. — **Leçons sur les maladies des vieillards ; Goutte et Rhumatisme.** Un beau volume in-8 de [illegible]20 pages avec 19 figures dans le texte et quatre planches en chromolithographie. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 8 fr.

Tome VIII. — **Maladies infectieuses, affections de la peau, kystes hydatiques, thérapeutique, etc.** Un beau volume in-8 de 464 pages. — Prix : 10 fr. — Pour nos abonnés . . . . 7 fr.

Tome IX. — **Hémorragie cérébrale, Hypnotisme, Somnambulisme.** Un beau volume in-8 de 571 pages, avec 13 planches en phototypie. — Prix : 15 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 10 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Clinique des maladies du système nerveux** (de M. le professeur —). — Mémoires, notes et observations parus pendant les années 1889-90 et 1890-91, recueillis par GUINON (G.), publiés avec la collaboration de MM. Gilles de la Tourette, Blocq, Huet, Parmentier, Souques, Hallion, J.-B. Charcot et Meige. — Tome I Volume in-8 du 468 pages, avec 59 figures et 3 planches hors texte. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 8 fr.
Tome II (1889-90 et 1890-91). — Leçons du professeur, mémoires, notes et observations publiés sous la direction de GUINON (G.), avec la collaboration de MM. Blocq, Souques et Charcot (J.-B.). Volume in-8 de 482 pages, avec 20 figures, 38 tableaux et 2 planches. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 8 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons du mardi à la Salpêtrière.** Polyclinique 1887-88, t. I, 2e édition et 1888-89, t. II, notes de cours recueillies par MM BLIN, CHARCOT, COLIN, élèves du service. Deux beaux volumes in-4 couronne de plus de 600 pages chacun. — Prix du volume : 20 fr. — Pour nos abonnés : 16 fr. Les 2 volumes se vendent séparément.

CHARCOT (J.-M.). **La foi qui guérit.** Brochure in-8 de 48 pages. — Papier vélin Prix 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. — Papier Hollande, prix 3 fr., pour nos abonnés, 1 fr. 50. — Papier Japon. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr.
(Cet ouvrage fait partie de la *Bibliothèque diabolique*).

Les ŒUVRES COMPLÈTES de J.-M. Charcot se composent de 13 volumes que nous vendons à nos abonnés au prix de **50 francs**, PRIS *dans nos bureaux.* — Les brochures dont l'annonce est au CATALOGUE ont été réimprimées dans les *Œuvres complètes.*

CHARCOT (J.-M.). **La médecine empirique et la médecine scientifique.** Parallèle entre les anciens et les modernes. — Leçon d'ouverture d'un cours de pathologie interne [illegible] l'École pratique de médecine pendant le semestre d'été 1867. Brochure in-8 de 24 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 35 c.

CHARCOT (J.-M.). **Note sur l'état anatomique des muscles et de la moelle épinière dans un cas de paralysie pseudo-hypertrophique.** Brochure in-8 de 13 pages. Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . 35 c.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les conditions pathogéniques de l'albuminurie** recueillies par E. BRISSAUD. Un volume in-8 de 51 pages. Paris, 1881. — Prix 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

CHARCOT (J.-P.). **Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive (Type Duchenne Aran).** Volume in-8 de 176 pages, avec 2 figures dans le texte et 4 planches chromolithographiques — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. [illegible]0

CHARCOT (J.-M.) [illegible] BOUCHARD (Ch.). **Sur les variations de la température centrale qui s'observent dans certaines affections convulsives et sur la distinction qui doit être établie à ce point de vue entre les convulsions toniques et les convulsions cloniques.** Brochure in-8 — Prix : [illegible] — Pour nos abonnés. 25 c.

CHARCOT (J.-M.) et BOUCHARD (Ch.). **Douleurs fulgurantes de l'ataxie sans incoordination des mouvements** (sclérose commençante des cordons postérieurs de la moelle épinière). Brochure in-4 de 7 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

CHARCOT (J.-M.) et BRISSAUD (E.). **Sur un cas de syringomyélie** observé en 1875 et 1890. Brochure in-8 de 15 pages, avec figures. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

CHARCOT (J.-M.) et FÉRÉ (Ch.). **Affections osseuses et particulières du pied chez les tabétiques (pied tabétique)** Brochure in-8 de 1[illegible] pages, avec 4 figures dans le texte. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés . . . . 30 c.

CHARCOT et MAGNAN. **Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles** Brochure in-8 de 38 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 90 c.

CHARCOT et MAGNAN. **De l'onomatomanie.** Brochure in-8 de 61 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr.

CHARCOT (J.-M.) et MARIE (P.) **Deux nouveaux cas de sclérose latérale amyotrophique, suivis d'autopsie.** Brochure in-8 de 54 pages, avec 2 planches hors texte. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . 1 fr.

CHARCOT (J.-M.) et PITRES (A.). **Contribution à l'étude des localisations motrices dans l'écorce des hémisphères du cerveau.** Brochure in-8 de 16 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr. [illegible]

CHARON (R.). **Démence vésanique. Ramollissement du cervelet** (lobe droit). **Rupture du cœur** (ventricule droit). **Guérison apparente des troubles psychiques chez deux maniaques.** Brochure in-8 de 1[illegible] pages avec 1 figure — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . . . 30 [illegible]

CHARON (R.). **Foyers de ramollissement cérébral et troubles psychiques.** Brochure in-8 de 10 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . [illegible]5 [illegible]

CHARON et BRICHE. **Recherches cliniques sur l'alcalescence du sang et les injections alcalines chez les épileptiques.** Brochure in-8 de 22 pages. — Prix : 75 [illegible] — Pour nos abonnés. . . . . 30 [illegible]